

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة

دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة

-بولاية سطيف-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي

إعداد الطالبة: إشراف :

بن غدفة شريفة الأستاذ الدكتور: لوكيا الهاشمي

أعضاء لجنة المناقشة

- أ.د. جابر نصر الدين - رئيسا - جامعة بسكرة.
- أ.د. لوكيا الهاشمي - مشرفا ومقررا - جامعة قسنطينة.
- أ.د. برقوق عبد الرحمن - عضوا - جامعة بسكرة.
- أ.د. تاويريت نور الدين - عضوا - جامعة بسكرة.

السنة الجامعية 2006-2007

شكر وتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا لا يليق إلا به وحده.

الذي أعاننا على إتمام هذا العمل المتواضع.
وعلى والشكر الجزيل للأستاذ الكريم أ.د. لوكيا الهاشمي، لقبوله الإشراف على هذه المذكرة.
ملاحظاته العلمية المقدمة حول هذا العمل، وخاصة على صبره الكبير حتى إتمام انجاز هذه
المذكرة فشكرا.

كما أتوجه بالشكر لكل الأساتذة الذين ساهموا في تكويننا طيلة السنة الدراسية النظرية. وهم
الأستاذ جابر و الأستاذ جبالي أ. بوقطاية أ. بلوم. وأ. قريشي و أ. إبراهيم ي.
دون أن أنسى شكر الأستاذ جبالي نور الدين والأستاذ عبدوني عبد الحميد والأستاذ سامر
رضوان وكذا الأستاذ حمودي بقسم الانكليزية الأستاذ خالد هدنة بجامعة سطيف. على
مقدموه من مساعدة في انجاز هذا العمل فألف شكر.

فهرس المحتويات

مقدمة

الباب الأول: الإطار النظري والمفاهيمي للدراسة

الصفحة	الفصل التمهيدي:
1	أولاً: مشكلة الدراسة.....
5	ثانياً: فرضيات الدراسة.....
5	ثالثاً: أهمية الموضوع.....
7	رابعاً: أهداف الدراسة.....
7	خامساً: تحديد المصطلحات الرئيسية في الدراسة.....
9	سادساً: مجالات الدراسة.....
10	سابعاً: الدراسات السابقة.....

الفصل الأول: تأثير البيئة والسلوك على صحة الإنسان.

16	تمهيد.....
17	أولاً: السلوك الإنساني.....
19	ثانياً: البيئة.....
21	ثالثاً: علاقة الإنسان بالبيئة.....
21	رابعاً: علاقة البيئة بالمجتمع.....
22	خامساً: العلاقة بين السلوك والبيئة.....
23	سادساً: التربية البيئية.....
24	سابعاً: علاقة البيئة بصحة الإنسان.....
25	ثامناً: أدلة تأثير البيئة والسلوك على صحة الإنسان.....
26	ملخص.....

الفصل الثاني: السلوك الصحي.

28.....	تمهيد
29.....	أولاً: مفهوم الصحة
29.....	I.تعريف الصحة
35.....	II.مفهوم المرض
37.....	III.موارد الحفاظ على الصحة
39.....	ثانياً: السلوك الصحي
42.....	ثالثاً: الأنماط السلوكية وعلاقتها بمشكلات الصحة العامة
44.....	رابعاً: التنقيف الصحي
46.....	خامساً: الإسلام والسلوك الصحي
50.....	ملخص

الفصل الثالث: نوعية الحياة.

52.....	تمهيد
53.....	أولاً: مفهوم نوعية الحياة
56.....	ثانياً: بعض المصطلحات ذات العلاقة بنوعية الحياة
57.....	ثالثاً: مستويات نوعية الحياة
58.....	رابعاً: مؤشرات نوعية الحياة
61.....	خامساً: بعض الدراسات التي تبين علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي
64.....	سادساً: بعض العادات الصحية لتحسين نوعية الحياة
66.....	سابعاً: مقاربات نظرية في تفسير نوعية الحياة
71.....	ملخص

الفصل الرابع: سكان الريف والمدينة.

73.....	تمهيد
74.....	أولاً: النمو السكاني
77.....	ثانياً: المدينة
84.....	ثالثاً: الريف

87.....	رابعاً: محكات التفرقة بين الريف والمدينة
91.....	ملخص

الباب الثاني: الجانب التطبيقي.

الفصل الخامس: الإطار المنهجي.

94.....	أولاً: نوع الدراسة.
94.....	ثانياً: التعريف بمكان إجراء الدراسة الميدانية
96.....	ثالثاً: الإجراءات المنهجية للدراسة
96.....	1. المنهج المستخدم في البحث.
96.....	2. أدوات العمل الميداني.
98.....	3. عينة البحث.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

101	أولاً: عرض نتائج الدراسة.
114	ثانياً: مناقشة وتفسير النتائج على ضوء
114	1. الفرضيات المصاغة.
116	2. نتائج الدراسات السابقة.
120	3. مجالات الدراسة.

خاتمة

قائمة المراجع.

الملاحق

ملخص الدراسة: باللغة العربية.

ملخص الدراسة: باللغة الفرنسية.

ملخص الدراسة: باللغة الإنجليزية.

مقدمة

مقدمة

مما لا شك فيه أن المجتمعات الحديثة وبجميع أشكالها. أصبحت تعاني من تنوع ملحوظ في المشكلات على جميع الأصعدة، والتي تشغل بال الباحثين في جميع الميادين. وهذا قصد فهمها تارة أو إيجاد حل لها تارة أخرى. غير أن الأمر على قدر ما هو ممكن، على قدر ما هو صعب. وهذا راجع لعدة عوامل نذكر منها، تعقد الظاهرة الاجتماعية، وعمق الحالة النفسية لكل من الفرد والمجتمع. فالمشاكل الاجتماعية ليست ببعيدة عن المشاكل الاقتصادية، ولا هذه الأخيرة لا صلة لها بالتعقيدات السياسية التي تعتبر من إنتاج أفراد المجتمع، فلقد تعددت الدراسات التي اهتمت بالتعرف على سبب أو كشف حقيقة المشاكل التي يعاني منها الفرد والمجتمع. وهذا بمحاولة الإجابة على عدة تساؤلات كبيرة ومهمة منها: هل أن المجتمع بمعاييره وخصائصه هو سبب ظهور وتعقد هذه المشاكل؟ أم أن البيئة الجغرافية التي يعيش فيها هي من تفرض عليه هذا النمط من التعقيدات؟ أم أن التقدم التكنولوجي الهائل عاد على أصحابه بالسلب فعقد الأمور بدل أن يبسطها؟

أم أن الإنسان في حد ذاته هو المسئول الأول والأخير عن ما يواجهه من صعوبات؟ هذا التساؤل الأخير يجعل الباحثين كأفراد معنيين ومسؤولين عن فهم وكشف الحقيقة ملزمين على الإجابة عن هذا التساؤل. وذلك لدفع التهمة عن هذا الكائن الحي، أو إثباتها أو تحديد المسؤوليات الخاصة به.

فالحديث السائد حول التنمية الشاملة في الآونة الأخيرة والمسئول عنها طبعاً هو الإنسان، يصبح في أغلب المواقف أسطورة ضمن المعوقات والمشكلات الحقيقية التي تعيشها المجتمعات، فباعتبار أن أفراد هذا المجتمع هم من سيخوض غمار هذا التقدم والتطوير، فيجب على الأقل أن يكونوا قادرين على بذل المجهود اللازم للتنمية ومستعدين له. وهذا طبعاً لن يتأتى إلا عند التمتع على الأقل بصحة عقلية، ونفسية، وجسمية تمكنه من العمل والاستمرار فيه. حيث أصبح من المستبعد بل من المستحيل الحديث عن التنمية دون الحديث عن صحة القائمين عليها.

ولما كانت الصحة من المعايير الأساسية في تحديد مستويات تقدم المجتمعات من تخلفها. أصبح من اللازم الاهتمام بهذا الجانب بشكل عملي وسريع وفعال، وباعتبارنا

معنيين كباحثين، وكأفراد ننتمي إلى هذا المجتمع ارتأينا أن نساهم بهذا البحث ولو من باب الإحساس بالمسؤولية، والذي يحاول أن يكشف مدى العلاقة بين السلوك الصحي - لعينة من أفراد المجتمع الجزائري- ونوعية الحياة التي تميز كل من المدينة والريف، بمعنى آخر هل أن نوعية الحياة التي نعيشها لها علاقة بسلوكياتنا الصحية؟.

وقد تضمنت هذه الدراسة عدة محاور نجد أنها مهمة رغم تداخلها الكبير في كثير من النقاط والتي كان من الضروري التطرق إليها إما لضرورة منهجية أو للتوضيح العلمي. محاولين بذلك مس أهم جوانب الموضوع قدر الإمكان. وقد قمنا بتقسيم هذا البحث إلى بابين: الباب الأول ويتضمن الجانب النظري والمفاهيمي والذي قسم إلى أربعة فصول بالإضافة إلى الفصل التمهيدي الذي يحتوي على عرض مختصر للإشكالية والفرضيات، والإشارة إلى أهمية وأهداف هذه الدراسة، والتنويه بأهم المصطلحات الأساسية في البحث، وكذا تحديد مجالات الدراسة الحالية. كما تم خلال هذا الفصل التعرض لبعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع في حدود ما أمكننا الاطلاع عليه. أما الفصل الأول من الجانب النظري فقد تناولنا فيه تأثير البيئة والسلوك على صحة الإنسان، وتضمن عدة عناصر منها، مفهوم السلوك والبيئة، وعلاقتهما ببعضهما البعض. وكذا بالمجتمع ككل، وضرورة التربية البيئية نظرا للمخاطر التي تواجه كلا من الفرد والبيئة معا. وأخيرا أشرنا إلى بعض النقاط كدليل على تأثير البيئة والسلوك على صحة الفرد.

وفي الفصل الثاني من الدراسة تطرقنا إلى لب الموضوع ألا وهو السلوك الصحي. فكان لابد أن نعرف الصحة عموما، والصحة العضوية والنفسية خصوصا، ومن ثمة مفهوم المرض، والسلوك الصحي كوسيلة للحفاظ على الصحة، بإتباع أنماط سلوكية صحية. وضرورة التنقيف الصحي، ونشر الوعي للتحذير من إتباع سلوكيات غير سليمة تضر بالصحة، وأخيرا نظرة الإسلام للصحة.

أما بالنسبة للفصل الثالث من الدراسة فقد تناول مفهوم نوعية الحياة، وكذا بعض المصطلحات ذات العلاقة. ثم أشرنا إلى مستويات وأهم مؤشرات نوعية الحياة. وبعض الدراسات التي أجريت حول صحة الفرد وعلاقتها بنوعية الحياة، والعادات الواجب إتباعها

لتحسين مستوى وجودة الحياة. وفي آخر هذا الفصل حاولنا أن نعرض أكبر وأهم اتجاهين في تفسير هذا المفهوم.

في الفصل الرابع من الدراسة كان الحديث حول سكان الريف والمدينة من حيث النمو السكاني في العالم عموماً والعالم العربي خصوصاً، ثم عرفنا الريف والمدينة وذكرنا أهم محكات التفرقة بينهما حسب بعض الدراسات. أما الباب الثاني فهو مخصص للجانب المنهجي والميداني من الدراسة والذي قسم بدوره إلى فصلين:

الفصل الخامس تضمن الجانب الإجرائي والمنهجي، وقد اشتمل على تحديد نوع الدراسة والمنهج المستخدم، وكيفية اختيار العينة والأدوات المستخدمة في الدراسة. ويحتوي الفصل السادس على عرض النتائج كمخرجات لهذا البحث، ومناقشتها على ضوء الفرضيات المصاغة، والدراسات السابقة. ثم على ضوء مجالات الدراسة. وتليها طبعاً خاتمة البحث، والتي تتبع بملخص للدراسة باللغة العربية والفرنسية، والإنجليزية. وبعدها سرد للمصادر والمراجع المعتمدة خلال إنجاز هذا البحث. وأخيراً الملاحق الضرورية ذات الصلة بموضوع الدراسة.

المباني الأول

الإطار النظري

والمفاهيمي للدراسة

الفصل التمهيدي

- أولا: مشكلة الدراسة .
- ثانيا: فرضيات الدراسة.
- ثالثا: أهمية الموضوع .
- رابعا: أهداف الدراسة.
- خامسا: تحديد المصطلحات الرئيسية في الدراسة .
- سادسا: مجالات الدراسة.
- سابعا : الدراسات السابقة .

أولاً: مشكلة الدراسة:

باتت المجتمعات الحديثة حقلاً تجريبياً خصباً لجميع الاضطرابات والأمراض الجسمية والنفسية. حتى صارت المجتمعات العربية والغربية منها تعاني من نفس العوارض المرضية تقريباً رغم اختلاف المعايير الصحية والاجتماعية والاقتصادية، والموضوع الذي سنتطرق إليه في هذه الدراسة ليس ببعيد عن هذا الطرح.

فمشكلة معاودة ظهور الأمراض الوبائية بعد اختفائها مدة طويلة من الزمن. وكذا

ظهور أنواع جديدة من الأمراض يثير الكثير من التساؤلات!!!

فرغم تطور نوعية الخدمات الصحية والتقدم الطبي الهائل في جميع التخصصات، وكذا وسائل العلاج وسبل الوقاية الطبية، إلا أن معاناة الأفراد من الأمراض في تزايد مستمر. وهذا ما تؤكدته معظم الدراسات التي تشير في أغلب الأحيان إلى أرقام مخيفة لنسب انتشار هذه الأمراض والمؤدية في الكثير من الأحوال إلى الوفاة.

فالأمرض المعدية والمزمنة تسبب وحدها نسبة 60% من مجموع الوفيات و 47% من عبء الأمراض العالمي. ومن المتوقع ارتفاع هذين المعدلين إلى 72% و 62% على التوالي بحلول عام 2020. (www.geocities.com, 31.6.2007) ورغم أن 80% من أطفال العالم الأقل من سنة واحدة هم ملقحون اليوم ضد أمراض الأطفال الكبرى كالحصبة والشلل، السل، الخانوق والسعال الديكي والكزاز... الخ. إلا أنه توفي 11 مليون طفل سنة 1995 قبل عمر خمسة سنوات و 97% منهم في الدول النامية. وقد لوحظ ارتفاع عدد وفيات الأطفال مجدداً في بعض الدول الإفريقية خاصة، حيث العدوى بفيروس VIH أصابت وحدها 590000 طفل عمرهم أقل من 15 سنة وهذا عام 1997 ويتوقع الباحثون ظهور عدة مشكلات أخرى بسبب التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والزحف العمراني.

كما يتوقع الدارسين أيضاً- مستقبلاً- أن مرض السكري يمكن أن يصيب 300 مليون كهل عام 2025 مقابل 143 مليون عام 1997. وأن نسبة وفاة هذه الفئة من الناس قد تصل إلى 15 مليون سنوياً... الخ. ناهيك عن الأمراض المعدية التي تواصل زحفها نحو نسبة تقدر بـ 10/4 وفيات في دول العالم الثالث، أين يقضي السل وحده على 3 ملايين من بين 8 ملايين حالة سل سنوياً في العالم، والإسهال على 2.5 مليون،

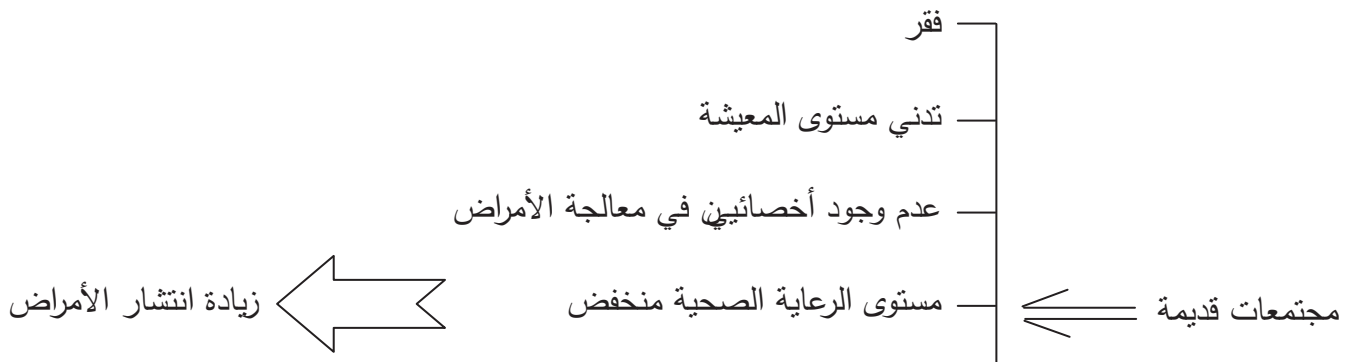
والملاز على 2.7 مليون والسيدا على 1.5 مليون ... الخ.

(موسوعة القرن، 2006، ص255)

وفي دراسة نشرت عام 1998 بمجلة "Ital. cardiol" بإيطاليا لاحظ الباحثون أن 83.9% من المصابين بجلطة قلبية كانوا من الشباب المدخنين و 28% من هؤلاء الشباب كانوا مصابين بارتفاع الكولسترول في الدم، وقد تساءل الباحث إن كان الأمر متعلقا بأسلوب حياتنا أم لا؟. (حسان باشا، 2000، ص99)

أما بالنسبة للجزائر فإن الأمر ليس بأفضل من الوضع العالمي، حيث بلغت نسبة الوفيات بالنسبة لفئة الأطفال حديثي الولادة إلى حوالي 43% في السنوات الأخيرة مقابل 7% تقريبا في فرنسا، هذه الأخيرة التي يكون فيها التدخين والكحول لوحدهما مسئولا عن 6500 حالة وفاة. (موسوعة القرن، 2006، ص226)

وحسب المؤسسة الوطنية للصحة العمومية سجلت 642 حالة سيدا إلى غاية 2004 و 676 إلى غاية 2005، بينما سجلت 1721 حالة حاملة للفيروس سنة 2004 و 1868 في 2005. وتشير الإحصائيات إلى 100000/20.54 حالة مصابة بالتهاب السحايا سنة 2003. كما ارتفعت نسبة الحمى المالطية في 2004 إلى 100000/10.99، وتضاعفت حالات الإصابة بداء الكلب من 12 حالة سنة 2003 إلى 24 حالة في 2004، بينما سجلت 1660 حالة عضه حيوان سنة 2007. ومن خلال الملحق رقم (5) فإن ولاية سطيف وحدها بلغ عدد حالات التيفوئيد فيها 63 حالة سنة 2003 و 110 حالة سنة 2004 وتأتي في المرتبة الأولى حسب الولايات. ليستقر الوضع إلى 8 حالات سنة 2005 في شهري أوت وسبتمبر. هذا التزايد والتناقص في نسبة ظهور الأمراض هو الذي أثار فينا الفضول العلمي لفهم أسبابه الكامنة ولو بمحاولة دراسة بعض المتغيرات ذات العلاقة. والدراسات التي تبين الإحصائيات الخطيرة كثيرة لا يتسع المجال لذكرها. أمام هذه الأرقام المخيفة مقابل التقدم التكنولوجي والمعلوماتي، والتقدم الطبي يصبح المشكل أكثر تعقيدا، فما السبب يا ترى في وجود هذا التناقض؟ وسنحاول تلخيص هذا الطرح أو الإشكال من خلال الشكل التالي:



ومن خلال هذا الطرح يمكن أن نتساءل عن السبب الحقيقي لعودة ظهور هذه الأمراض من جديد.

وبما أن الطب وطرق العلاج في تطور مستمر فإنهما لا يعتبران السبب المباشر على الأقل في هذه الظاهرة، حيث أنهما أثبتا قدرتهما على التحكم أو التقليل من نسبة انتشار هذه الأمراض. وهذا ما يقودنا إلى طرح تساؤل آخر، هل أن الدولة توقفت عن منحنا الصحة أم أن الفرد هو المسئول عن صحته ويمكنه الحصول عليها أو التمتع بها إذا شاء، وبصورة

أدق هل يمكن أن نقول أن الفرد ممثلاً في سلوكياتها الغير الصحية هو المسئول الأول عن هذه الظاهرة؟؟ ولما كانت هذه السلوكيات ترسم أو تحدد ملامح الحياة العامة للأفراد. فإن محاولة تفسير هذه الظاهرة يكون أوضح بدراسة علاقة هذه السلوكيات الصحية بنوعية الحياة التي يعيشها الفرد خاصة إذا ما توقعنا أنه يوجد اختلاف بين نوعية الحياة لدى سكان الريف والمدينة باعتبار الطبيعة متغير مهم يؤثر في سلوك الفرد ويحدد نوعية الحياة التي يعيشها. وعلى العموم فإن الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو معرفة آثار التبادل الحاصل بين سلوكيات الفرد وبيئته على الجانب الصحي من خلال معرفة نوع العلاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة.

وبالاعتماد على ما سبق تكون التساؤلات الفرعية -لهذا البحث والتي يمكن طرحها من خلال الدراسة النظرية والميدانية لموضوع متشعب يصعب تحديد أبعاده بدقة- كما يلي:

1. هل توجد علاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة التي يعيشها الفرد؟.
2. هل أن الوسط أو البيئة الجغرافية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد هي التي لها دور في توجيه سلوكياته الصحية أم أن هذه الأخيرة هي من يؤثر على البيئة؟.
3. هل أن نوعية الحياة هي التي تؤثر على السلوك الصحي أم أن هذا الأخير هو الذي يحدد نوعية الحياة؟.

ثانياً: فرضيات الدراسة:

بالاعتماد على التساؤلات التي طرحت فإن الفرضيات الممكن صياغتها من خلال هذا الطرح هي كالاتي:

الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي ونوعية الحياة.

الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق في درجات السلوك الصحي و نوعية الحياة بين سكان الريف والمدينة.
- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الأصحاء والمرضى.
- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الجنسين.
- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين العاملين والبطالين.
- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين المتزوجين والعزاب.
- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب المستوى الدراسي.

ثالثاً: أهمية الموضوع:

يعلم الجميع مدى الأهمية التي توليها أغلب الجهات الرسمية والغير رسمية في يومنا هذا للبيئة التي نعيش فيها. وهذا راجع لمدى أهميتها في نجاح عملية التنمية التي تطمح إليها جميع الشعوب من جهة وللحالة البيئية التي آلت إليها بيئتنا اليوم. ويبدو أن المسئول الأول عن هذا هم الأفراد الذين يعيشون فيها، وذلك بسبب سلوكياتهم وتصرفاتهم المضادة نحو أنفسهم وأجسادهم وبيوتهم... الخ والوسط الذي يعيشون فيه عموماً.

من جهة أخرى فإن الصحة هي عماد التنمية البشرية. وقد أصبح الملف الصحي

يحتل كاهل الدول المتقدمة والمتخلفة على السواء، حيث يحتل نصيب الثروة الوطنية

المخصصة لتمويل الصحة 8.8% من الإنتاج الداخلي الخام في فرنسا المرتبة الثالثة عالمياً بعد الولايات المتحدة التي تخصص نسبة 14.2%، وتأتي ألمانيا في المرتبة الأولى بنسبة 14.4% وقد زادت هذه النسب بـ 2.9% سنة 1996. وتقدر قيمة استهلاك الفرنسيين للعلاج بـ 716.6 مليار فرنك وطاقة استيعاب المؤسسات الصحية الفرنسية تقدر بـ 9.2 سرير لألف ساكن وهذا سنة 1997. (موسوعة القرن، 2006، ص253). إذا كان الأمر هكذا بالنسبة للدول المتقدمة، فكيف بالتي هي عاجزة عن الوصول إلى هذا المستوى من الرعاية الصحية؟.

والنقطة المهمة التي يمكن أن نشير إليها هي سلوك الفرد في حد ذاته حيث يعتبر أنه

مصدر التغيير للأحسن أو الأسوأ، وعملية الربط بين السلوك الصحي ونوعية الحياة التي

يعيشها الفرد لا يمكن أن يفتعل بل هو واقع يفرض نفسه. خاصة إذا ما نظرنا إلى التغيرات

الحاصلة على جميع الأصعدة والتي أثرت على نوعية الحياة التي نعيشها (كمصدر للسلوك) وبالتالي هذا التغير يؤثر بدوره على سلوكياتنا باعتبارها ردة فعل طبيعية قد تكون إيجابية أو سلبية اتجاه هذه البيئة بجميع محتوياتها.

وأخيرا فإن التغير السكاني الحاصل على مستوى الأرياف والمدن الجزائرية لجدير بالدراسة. من حيث أن التغير الذي ميز الأرياف والمدن في الآونة الأخيرة أصبح واضحا، خاصة بظهور المناطق الشبه الحضرية وبالتالي زاد البعد الجغرافي والقيمي بين الريف والمدينة. وقد يكون هذا من الأسباب التي تفسر لنا تدهور الحالة الصحية أو تؤكد على الأقل إمكانية وجود علاقة قوية ومؤكدة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة التي تميز الريف عن المدينة.

ويمكن تلخيص أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

1. العلاقة المتبادلة بين سلوكيات الأفراد والبيئة التي يعيشون فيها.
2. التكاليف الباهظة التي تصرف على القطاع الصحي دون الحصول على نتائج كبيرة يعتد بها.
3. اختلاف نوعية الحياة بالنسبة لسكان الريف وسكان المدينة باختلاف ميزات كل بيئة سكنية.
4. معظم الدراسات السابقة تركز على جمع الأرقام ووضع إحصائيات مع تحميل الدولة كامل المسؤولية.
5. نقص الدراسات من الجانب النفسي الاجتماعي حول هذا الموضوع.
6. حادثة وأهمية الموضوع المدروس على الأقل في الدول النامية.

رابعاً: أهداف الدراسة:

على اعتبار أن لكل عمل علمي هدف أو عدة أهداف يسعى إلى تحقيقها فإننا

سنحاول تلخيص أهم أهداف هذه الدراسة في النقاط التالية:

1. يعتبر الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو لفت الانتباه لخطورة الوضع الصحي في الجزائر ومدينة سطيف خاصة.

2. التنبيه إلى أن تخصص علمي معين لا يمكنه أن يفسر الظاهرة المدروسة لوحدها وأن تضافر جهود العلماء من مختلف التخصصات سيكون أكثر فائدة وواقعية، حيث نتمكن من وضع تصور أكثر شمولية ومتعدد الزوايا للظواهر المدروسة.
3. كشف نوع العلاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة.
4. محاولة وضع تصور مبدئي للتفاعل الحاصل بين سلوك الفرد وشروط معيشته ونتائج هذا التفاعل على الجانب الصحي.
5. محاولة التعرف ما إذا كان فعلا الاختلاف في الوسط المعيشي (المدن والأرياف) له أثر فعلي على السلوكيات الصحية.
6. جمع المعلومات حول متغيرات بالغة الأهمية والتي لم تتضح بشكل كاف بعد وهي السلوك الصحي ونوعية الحياة.
7. محاولة التعرف على أهم السلوكيات الصحية التي يمارسها الفرد الجزائري والممثل في أفراد العينة المأخوذة من ولاية سطيف.

خامسا: تحديد المصطلحات الرئيسية في الدراسة:

تعتبر عملية تحديد المفاهيم من الخطوات الهامة في أي بحث لأنها تساعد على حصر المعاني وتحديد التعريفات التي يقصدها الباحث ويعتمد عليها في بحثه. وأهم المصطلحات المستخدمة في هذا البحث هي كالآتي:

السلوك الصحي:

يعرف **فيربر Ferber** السلوك الصحي على أنه: "مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها، القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية". ويشير **نولدنر Noeldner** إلى أن المقصود بالسلوك الصحي: "هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد".

(سامر جميل رضوان، 23.7.2007)

نوعية الحياة:

حسب منظمة الصحة العالمية فإن نوعية الحياة المقصود بها: "إدراك الفرد لمكانته في الحياة. ضمن الإطار الثقافي والنظام القيمي الذي يعيش فيه، وعلاقته بأهدافه وآماله أو توقعاته، معايير وأنشغالاته". (S. BRIANÇON, 22.6.2007, P17)

المدينة:

تجمع سكان متكثلين، محدد بعدد سكاني وبشكل تنظيمي اقتصادي واجتماعي حسب الاصطلاحات الإحصائية لكل بلد، وأساس هذه التكتلات هو تجمع نشاطات مختلفة والذي نتيجته تكوين مجتمع مركب (المجتمع المدني) وتتميز بكونها مركز إداري، صناعي، سياسي، اقتصادي. (معجم المصطلحات الجغرافية، 2002، ص732)

واصطلاح مدنيّة يعني مجموعة المعتقدات و القواعد الاجتماعية المتعارف عليها .وحالة التطور المادي التي تميز المجتمع. أو هي التطور المادي والثقافي و الاجتماعي و كل ما ينتجه هذا التطور . بعبارة أخرى المدنيّة عبارة عن المنجزات التي تتم وتميز المجتمع الإنساني عن بقية المجتمعات الأخرى" أي أن جميع المبتكرات التي اهتدى إليها الإنسان منذ مئات الألوف من السنين هي المدنيّة"

(Enciclopedia Encarta ;2007)

الريف:

هي المناطق المحيطة بالمدن عادة، ويمتاز الريف بالمناطق الطبيعية، والزراعية ويعتبر المتتفس والرئة لتحسين ظاهرة التلوث البيئي الذي كثيرا ما تعاني منه المدن، والمدن الصناعية خصوصا. ويختلف الريف كثيرا عن المدن من ناحية حجم السكان وتجانسهم والحراك الاجتماعي والناحية التعليمية، ويعتبر الريف في حالة تبعية كاملة للمدينة، فالخدمات التعليمية والصحية والترفيهية تتركز أغلبها في المدينة دون الريف وذلك يشجع على الهجرة الريفية الحضرية. (الموسوعة الحرة، 3.7.2007)

سادسا: مجالات الدراسة:

حتى تكون لنتائج هذه الدراسة دلالة علمية مقبولة يجب أن نوضح أبعاد وحدود إجراء هذه الدراسة، وأهم هذه المجالات نذكر ما يلي:

1. المجال الجغرافي:

تتم هذه الدراسة في ولاية سطيف على اعتبار أن مدينة سطيف منطقة هضابي ة متنوعة التضاريس وواسعة وهذا يعني الاختلاف في العوامل المناخية. بهدف كشف أثر الاختلاف البيئي على علاقة السلوك الصحي بنوعية الحياة على اعتبار أن مميزات كل منطقة من محددات نوعية الحياة للأفراد الذين يعيشون فيها. وقد تم توزيع الاستمارة في مدينة سطيف والعلمة وعين ولمان، صالح باي أما بالنسبة للمناطق الريفية فقد تم توزيعها على منطقة القلعة الزرقاء وملول وعين الحمراء، عين أزطوط، ذراع الوسط.

2. المجال البشري:

فيما يخص هذا المجال كانت العينة مكونة من 460 فرد وزعت عليهم المقاييس وهذا بواقع 230 فرد من سكان مدن ولاية سطيف و 230 منهم سكان في أرياف الولاية، والبالغين من العمر 18 سنة فما فوق وتم اختيار أفراد العينة بطريقة عرضية. حيث أننا وزعنا المقاييس على الذين كان عندهم استعداد للمشاركة في البحث ودون الاهتمام بحالتهم الصحية مسبقا. أو بمتغيرات أخرى ماعدا مكان السكن. والقدرة على فهم فحوى المقياس. سواء بالقراءة أو السمع.

3. المجال الزمني:

تمت هذه الدراسة في غضون العام الدراسي الممتد ما بين 2006-2007. وكانت البداية بجمع بعض المعلومات المحتمشة عن متغيرات الدراسة في الجانبين النظري والميداني. واستمر البحث عن المعلومات ذات الصلة بالموضوع بالتوازي إلى غاية نهاية البحث.

4. المجال المنهجي:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الأحصائي وتطبيق مقياسين حول السلوك الصحي ونوعية الحياة، وباستخدام المعلومات ذات الصلة بالدراسة والمتحصل عليها فعليا من المراجع المكتوبة أو من المواقع على شبكة الانترنت ومن جميع المصادر الممكنة.

سابعاً: الدراسات السابقة:

لقد تطرق الكثير من العلماء إلى دراسة المدينة والريف خاصة في علم الاجتماع الحضري، كما درس علماء آخرون مواضيع متعددة متعلقة بالصحة عموماً. بالإضافة إلى أنه توجد معلومات متوفرة نوعاً ما فيما يخص الجانب الإحصائي لبعض الدراسات التي تمس الموضوع المدروس حالياً من جانب أو من آخر، غير أنه لم نتمكن إلى غاية إتمام هذا البحث من الحصول على دراسة تجمع متغيرات الموضوع بشكل واضح وصريح هذا من جهة.

من جهة ثانية يجب أن نلفت الانتباه إلى أن جل الدراسات التي سيتم عرضها تم الحصول عليها من خلال المواقع الموجودة على شبكة الإنترنت، وهذا قد يرجع لحدثة المتغيرات والموضوع في حد ذاته!.

ومن جهة ثالثة فإن بعض الدراسات تستخدم مصطلحات قريبة من متغيرات الدراسة ولكنها تعني في العموم المفهوم العام والمعتمد لمتغيرات هذا البحث. وفيما يلي ذكر لأهم الدراسات المتحصل عليها وهي كالآتي:

1. في دراسة قام بها الدكتور **سامر جميل رضوان** والدكتور **كونراد ريشكة** حول "السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة" - دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان -. وهدفت هذه الدراسة إلى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات الصحية للطلاب من منظور عبر ثقافي بهدف إيجاد فروق عبر ثقافية بين عينة سورية وألمانية. وقد استخدمنا في الدراسة استبيان السلوك الصحي الذي يقيس مظاهر معينة من السلوك الصحي والاتجاهات نحوه. واشتملت عينة الدراسة على 300 مفحوص كان من بينهم 201 أنثى (67%) و 99 ذكر (33%)، استخدم التحليل الإحصائي للنتائج طريقة الإحصاء الوصفي والاستدلالي. أظهرت الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية، بعضها منم للصحة مثل تناول الفاكهة والنوم عدد كاف من الساعات، وتنظيف الأسنان وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب وفحص الصدر.

(سامر جميل رضوان، 2007.7.23)

2. دراسة أخرى قامت بها وحدات الاستخبارات لعلماء الاقتصاد للتنبؤ في 2005 حول نوعية الحياة قصد وضع دليل يقيس مؤشرات ومستوى نوعية الحياة للدول. وقد تمت هذه الدراسة المسحية على 111 دولة. ومن النتائج المتوصل إليها أن مستوى الدخل يمثل نسبة 50% من مستوى الرضا عن الحياة داخل هذه الدول، وحتى في الدول الغنية الأكثر دخلاً هم الأكثر رضا عن نوعية حياتهم. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي ترتيب الدول حسب مستوى نوعية الحياة داخلها. فكانت أيرلندا في المقدمة بمجموع 8.333 درجة على المقياس المطبق رغم أنها تأتي في المرتبة الرابعة من حيث الدخل الفردي، الذي تمثل فيه لوكسمبورغ المرتبة الأولى والمرتبة الرابعة في مستوى نوعية الحياة بمجموع 8.015 ويفسر الخبراء وضع أيرلندا بالرجوع إلى التفاعل الحاصل بين التحضر والتقاليد في تحديد مستوى الرضا عن الحياة. وذلك لأنها نجحت في المزج بين العوامل المرغوب فيها كوسائل الترفيه، نقص نسبة البطالة، الحرية السياسية والحفاظ على بعض التقاليد وتعزيزها كالاستقرار العائلي واجتذاب التفرقة بين الطبقات الشعبية...الخ. في حين أنها لم تكن في المراتب الأولى في الجانب الصحي ولا حتى بريطانيا التي احتلت المرتبة 29 وأمريكا التي احتلت المرتبة 13. أما فرنسا فقد احتلت المرتبة 25 واحتلت قطر المرتبة 41 من حيث مستوى نوعية الحياة والمرتبة 6 من حيث قيمة دخل الفرد وهي في المرتبة الأولى بالنسبة للدول العربية.

في حين تحتل الجزائر المرتبة 81 بمجموع 5.571 على مقياس نوعية الحياة من بين 111 دولة وبقيمة 5.770 دولار للدخل الفردي وبهذا تحتل المرتبة 76.

www.economist.com, 11.7.2007, P4

3. كما قام علماء الاقتصاد بدراسة تبين فيها عن طريق المسح وزن أو أهمية المؤشرات المكونة لمفهوم نوعية الحياة مع أكثر من 3000 مشترك. فوجد أن أهم مؤشر يمكن أن يعبر عن نوعية الحياة ويقيسها بشكل كبير من بين 7 مؤشرات هو الخاص بالإحساس بالأمن والحرية السياسية وهذا بـ 26.2 درجة في حين يأتي مؤشر الصحة في المرتبة الثانية كثاني أهم مؤشر لقياس مستوى نوعية الحياة بـ 19.0 درجة وتليه وسائل الترفيه.

(www.economist.com, 11.7.2007, P3)

4. وفي دراسة أخرى قامت بها المديرية العامة للصحة بفرنسا والتي جرت على عدد كبير من النساء الأكثر من 45 سنة والمصابات بمرض سرطان أو أمراض القلب وجدت أن هناك علاقة وطيدة بين الصحة ونوعية الحياة.

حيث أنها أشارت إلى أن المرض أو الأعراض المرضية تؤدي إلى انخفاض عام في مستوى نوعية الحياة وخاصة بالنسبة للبعد البدني أكثر منه بالنسبة للبعد العقلي. كذلك الأمر بالنسبة لظهور أمراض مفاجئة يؤدي إلى انخفاض شديد في مستوى نوعية الحياة أكثر من الحالة الأولى. (S. BRIANÇON, 22.6.07, P16)

5. وفي دراسة أشرف عليها الدكتور أوكنور والتي أجريت على 420 امرأة في بريطانيا. تم التوصل إلى أنه مع الاتجاه نحو العمل لفترات أطول، هناك اتجاه آخر نحو تناول كميات كبيرة من الأطعمة السريعة غير الصحية والقهوة، والتدخين وعدم ممارسة التمارين الرياضية. وبصورة أكثر من الرجال. كما توصلت إلى نتيجة أخرى مفادها أن هناك ارتباط وثيق بين التوتر والاتجاه نحو تناول قدر أكبر من الطعام غير الصحي. واستهلاك كميات أقل من الخضروات وعدم وجود توازن بين الوجبات الرئيسية، وبالمقابل أشارت إلى أنه مع الاتجاه نحو العمل لفترات أطول هناك اتجاه آخر نحو تناول قدر أقل من الكحوليات. (www.egypt.com, 10.7.2007)

6. وفي دراسة أخرى حول اكتساب أنماط سلوكية غير مرغوب فيها وعلاقته بالبيئة المزدهمة لدى الأطفال وجد أن البيئة المزدهمة تؤدي إلى ظهور عدة اضطرابات سلوكية نفسية وجسدية وتشكل خطراً على صحة الأطفال عموماً وأن هذا النوع من السكنات المزدهمة يترتب عليه خفض لنوعية الحياة في داخله. (محمد شمال حسن، 2003، ص40)

7. ولقد تأكدت أهمية السلوك الصحي في الوقاية من خطر الإصابة بالأمراض من خلال دراسة لبريسلو وانستروم (Breslow et Enstrom 1980) التي شملت العينة الأصلية حيث تم تتبعها لمدة تزيد عن تسع سنوات، بينت نتائج هذا البحث أن الذكور الذين أقبلوا على ممارسات العادات الصحية السبع نسبة وفياتهم تمثل 28% من نسبة الأفراد الذين مارسوا بين صفر وثلاث عادات صحية، بعبارة أخرى فإن تبني أسلوب غير صحي في الحياة يؤدي حتماً إلى الهلاك. كما أن ممارسة العادات الصحية تعمل على تنمية صحة الفرد وتطيل من عمره. (عثمان يخلف، 2001، ص23)

8. دراسة طولية مهمة أخرى قام بها الباحث **بيلوك (1973) Belloc** استغرقت أكثر من ستة سنوات. تناولت العلاقة بين نسبة الوفيات وعدد العادات الصحية لدى الأفراد. وجد أن نسبة الوفيات في العينة تنخفض بارتفاع عدد العادات الصحية لديهم. أي أن هناك علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً. (عثمان يخلف، 2001، ص23)

9. دراسة أخرى قام بها كل من **بريسلو Breslow** و**بيلوك Belloc** و**سايم Syme** وآخرون في إطار سلسلة من الدراسات المسحية ضمن مشروع علمي، حول تأثير الأسلوب الشخصي في الحياة "Personal life style" على الصحة البدنية، أقره قطاع الصحة العامة في كاليفورنيا في الستينات. ولقد أجرى كل من **بيلوك Belloc** و**بريسلو Breslow** في سنة 1965 دراسة مسحية على عينة مكونة من 6938 فرداً (ذكور وإناث) تراوحت أعمارهم بين 20 و 70 سنة فما أكثر، وقد أظهرت نتائج الدراسة بكل وضوح أن الصحة الجيدة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسبع ممارسات صحية شخصية وهي: عدم التدخين، النوم 7-8 ساعات يومياً، تناول إفطار الصباح يومياً، عدم الأكل خارج أوقات الطعام، الحفاظ على الوزن المناسب، ممارسة الرياضة بانتظام، عدم تناول المشروبات الكحولية. (عثمان يخلف، 2001، ص22)

10. بالإضافة إلى ما سبق من دراسات نورد فيما يلي بعض الدراسات مختصرة والتي تناولت هذا الموضوع من زاوية أو من أخرى وكلها تصب وتخدم غرض الدراسة ومنها:

♦ دراسة بينت أن 75% من السكان غير مرضى (مرض يحتاج للعلاج). و 24% من السكان مرضى في بيوتهم ويحتاجون إلى نوع من العناية أو الرعاية الصحية.

و 1% مرضى في المستشفيات. وتعني نتائج هذه الدراسة التي قامت بها OMS أن 75% من الناس يمكنهم المحافظة على صحتهم بإتباع سلوكيات وعادات صحية.

♦ وقد أشارت نفس المنظمة في دراسة أخرى قامت بها. وضعت 70 دولة في 6 مجموعات وفقاً لدخل الفرد السنوي وقد تبين أن هناك علاقة طردية بين الوضع الاقتصادي لهذه الدول وبين نسبة الوفيات والتعليم والتغذية.

الفصل الأول

تأثير البيئة والسلوك على صحة الإنسان

تمهيد

أولاً: السلوك الإنساني.

ثانياً: البيئة.

1. تعريف البيئة.

2. أنواع البيئة.

3. علاقة البيئة بعلم النفس.

ثالثاً: علاقة الإنسان بالبيئة.

رابعاً: علاقة البيئة بالمجتمع.

خامساً: العلاقة بين السلوك والبيئة.

سادساً: التربية البيئية.

سابعاً: علاقة البيئة بصحة الإنسان.

ثامناً: أدلة تأثير البيئة والسلوك على صحة الإنسان.

ملخص

تمهيد:

كما هو متفق عليه فالإنسان ابن بيئته، بمعنى أنه ينشأ فيها ويتأثر بما تحويه وتتميز به عن بيئة أخرى، فيتميز هو الآخر عن أفراد وبني جلدته من باقي البشر. وبالتالي فالبيئة لها الأثر البالغ في تكوين الفرد من جميع جوانبه سواء تعلق الأمر بمجاله الحيوي أو نشاطه البيولوجي والسيكولوجي. فهي تؤثر على صحته وسلوكياته وشخصيته بصورة عامة.

لهذا نجد الكثير من العلماء يهتمون بدراسة البيئة وعلاقة الفرد بها: من يؤثر أكثر ومن يتأثر؟ وهل يجب أن يكونا في حالة تصادم أو تكامل؟ وخاصة في السنوات الأخيرة أين أصبح الأمر ملحا بحدوث الكوارث الطبيعية والكوارث السلوكية. وما لهذه الكوارث من أضرار على البيئة وصحة الفرد خاصة، والمثال الحي هو الثقب الحاصل في طبقة الأوزون وما نجم عنه من أضرار صحية. وكما يقول **هيبيوقراط وأرسطو وابن خلدون** أن اختلاف البيئات يؤثر في حياة سكانها، فربطوا بين المناخ وطبائع الشعوب. فالبيئة الحارة يسكنها السود من البشر، وهم مختلفون. والبيئة الباردة يسكنها البيض منهم، وهم أكثر تقدما وربما تتسم مقولة **فيكتور كزن** بنوع من الصحة عندما قال: "أعطني خريطة البيئة ومعلومات كافية عن موقعها ومناخها ومواردها الطبيعية، وبإمكاني على ضوء ذلك أن أحدد لك أي نوع من الإنسان يمكن أن يعيش في هذه البيئة. وما هي نشاطاته الاقتصادية؟". (حسين رشوان، 1998، ص89)

أولا: السلوك الإنساني:

يعتبر السلوك من أهم المواضيع المدروسة في علم النفس على الإطلاق. بل يمكن القول أن بؤرة هذا العلم منذ القدم وإلى غاية يومنا هذا. فالسلوك كونه موضوع غير محسوس ومعقد، وديناميكي في جميع الأحوال يجعله مطلباً دائماً للبحث والفهم ومحاولة التحكم فيه. كما الأمر بالنسبة للسلوكيات أو العادات الصحية. ورغم السنوات الطويلة التي بذل فيها الباحثون جهود عظيمة لا يمكن إغفالها أو الإنقاص من قيمتها. إلا أن موضوع السلوك يبقى ضرورة ملحة للدراسة والاستقصاء، حيث أنه همزة الوصل بين الفرد وبيئته بجميع أنواعها: بيئته الجسدية أو النفسية وحتى الفيزيائية. والدليل أو المؤشر الظاهر على مدى نجاح أو فشل التفاعل الحاصل بين هذا الفرد والمحيط الذي يعيش فيه. لهذا سنحاول تعريف السلوك من خلال التطرق إلى بعض وجهات النظر التي توضح هذا المفهوم المركب.

- تعريف السلوك:

يمكن تعريف السلوك على أنه: "كل نشاط يقوم به الجسم، بل كل حركة يؤديها الجسم سواء تلك التي نشعر بها أو لا نشعر بها. فدقات القلب تحرك أي عضلة: سلوك، والنشاط الذهني سلوك... الخ. وإمكانية التغير والتحكم في السلوك هي هدف التحليل السلوكي. وجميع طرق تغيير السلوك تعتمد على تغيير بعض مظاهر البيئة".

(عبد العزيز الدخيل، 1994، ص.ص 211-214)

والحقيقة أن هذا التعريف يخدم هذا الموضوع أكثر من التعاريف التي سنقوم بسردها لاحقاً كونه يشير بشكل دقيق إلى سلوكيات صحية وبدنية ونفسية، وأن السلوك له علاقة مباشرة بالبيئة التي نعيش فيها.

وهناك من يعرف السلوك بشكل بسيط ودقيق على أنه: "تصرف الفرد داخل وسط

ووحدة زمنية معينة لمهيج أو لمجموعة من المثيرات". (N. Sillamy, 1983, P139)

من ناحية أخرى يمكن تعريفه على أنه: "شكل من أشكال النشاط القابل للملاحظة

بطريقة مباشرة أو غير مباشرة... والنقطة الهامة هنا أن السلوك يتفاوت ما بين أشكال من النشاط يسهل ملاحظتها وأشكال مقنعة". (جابر عبد الحميد جابر، 1991، ص 13) غير أن الملاحظ على هذا التعريف كونه بسيط جداً. ولا يرقى إلى مستوى أهداف البحوث الحديثة. فأهم ما يميز المدخل المعاصر لعلم النفس هو تركيزه على تنوعات السلوك الفردي الذي

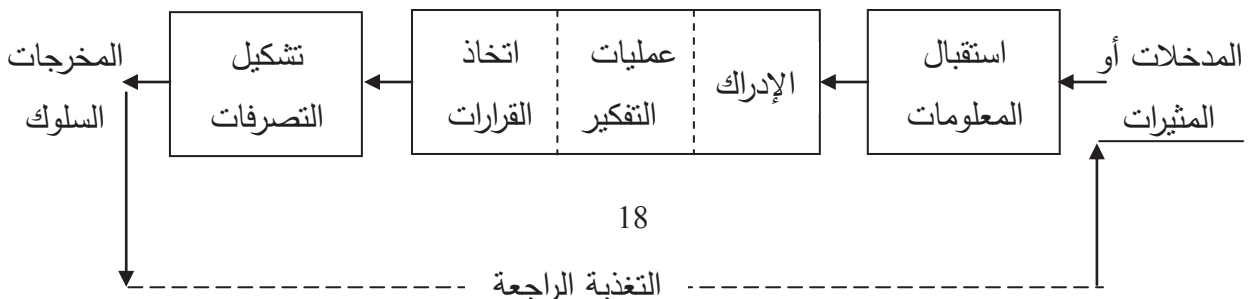
يحدث على نحو طبيعي، وعلى السياقات التي تحيط بهذا السلوك إحاطة طبيعية أو بعبارة أخرى تحليل مجرى السلوك الطبيعي متعدد المتغيرات كما يحدث في البيئة على نحو طبيعي غير معلمي. ومن ثم شاع في علم النفس المعاصر استخدام مفهوم "البيئة الإيكولوجية للسلوك" ويقصد بها المجموعة الكلية والمتكاملة من العوامل التي تثير السلوك وتنشطه، كمدخل لتحديد ما لتأثير المتغيرات البيئية من دور في تنوع أنماط السلوك. (عبد العاطي السيد وآخرون، 1998، ص9)

والواقع أن السلوك الإنساني يختلف باختلاف الأفراد حتى ولو ظل الموقف الذي يستجيبون له ثابتاً، أو كانت الظروف البيئية الموضوعية التي يسلكون إزاءها هي بالنسبة للجميع، فمنذ اللحظة الأولى التي يبدأ فيها الكائن الحي حياة مستقلة تبدأ مع هذه الحياة علاقة ديناميكية بين الكائن الحي من ناحية، وبين البيئة المحيطة به من ناحية أخرى. أو بمعنى آخر تبدأ عملية تفاعل مستمر بين الكائن الحي وبيئته، تفاعل يكون فيه الكائن وبيئته في حالة نشاط دائم، فالبيئة يصدر منها نشاط يؤثر في الكائن والكائن يصدر منه نشاط يؤثر في البيئة، ويسمى أي نشاط يصدر من الكائن الحي في أثناء عملية التفاعل هذه بالسلوك. (محمد عبد الفتاح، 1995، ص17)

وعلى هذا الأساس يمكن تعريف السلوك على أنه: "النشاط الموجه نحو هدف ما من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته كما خبرها في المجال الظاهري الذي يدركه".
(عصام الصفدي، 2001، ص16)

هذا ويعتمد السلوك الإنساني عموماً على ثلاثة ركائز أساسية هي: مبدأ السببية أي وجود حافز بالضرورة، ومبدأ الاستمرار والاتجاه نحو الهدف بمعنى أنه موجه نحو تحقيق هدف معين، وكذا الدافعية التي تحركنا وتجعل السلوك يستمر إلى غاية تحقيقه. (زيدان عبد الباقي، 1978، ص45). ومن هنا فإن السلوك لا ينشأ بطريقة عفوية دائماً ولكن بالاعتماد على المعلومات التي يستقبلها عن طريق حواسه من البيئة التي يعيش فيها. وعلى هذا الأساس يمكن توضيح السلوك في شكل نسق معرفي بسيط:

الشكل رقم 1: السلوك كنسق معرفي



ثانياً: البيئة

1. تعريف البيئة:

تعرف البيئة على أساس أنها: "الحيز الذي يمارس فيه البشر مختلف أنشطة حياتهم، وتشمل ضمن هذا الإطار كافة الكائنات الحية من إنسان وحيوان ونبات والتي يتعايش معها الإنسان". (محمد نجيب الصبورة، 1997، ص87)

وهناك تعريف آخر للبيئة يعتبر أكثر انسجاماً مع الموضوع المدروس. والذي يرى أن كلمة البيئة مشتقة من "بؤ". قال الله تعالى في كتابه الكريم: "وَكَذَلِكَ مَكَّنَّا لِيُوسُفَ فِي الْأَرْضِ يَتَّبِعُوا مِنْهَا حَيْثُ يَشَاءُ نَصِيبُهُ بِرَحْمَتِنَا مِنْ نَشَاءٍ وَلَا نَضِيعُ لُجُجَ الْمُحْسِنِينَ" (سورة يوسف، الآية 56) والمباعدة منزل القوم في كل موضع. هكذا يتضح من المعنى اللغوي للبيئة أنها المكان أو المنزل الذي يتخذه الإنسان أو الحيوان مقراً لإقامته والحياة فيه، بكل ما فيه من ظروف سواء كان ريفاً أو مدينة، وقد أكد هذا التعريف على أن البيئة مفهوم ذو طبيعة كلية يشمل الكثير من العوامل الطبيعية والاجتماعية، والثقافية... الخ وغير ذلك من العوامل التي تتفاعل مع بعضها البعض وتؤثر في الإنسان وتشكل ملمحاً واضحاً لنوعية الحياة التي يعيشها. (عصام توفيق قمر، 2005، ص.ص 22-23).

2. أنواع البيئة:

يمكن التمييز بين عدة أنواع من البيئة وهذا حسب طبيعتها ومكوناتها فنجد:

1. **البيئة الطبيعية**: وهي التي تشمل على الماء والهواء والتربة والمعادن، ومصادر الطاقة، والأحياء بكافة صورها، أي أنها تشمل الأرض بما فيها والمناخ بعناصره وعوامله وجميع أشكال الحياة على الكرة الأرضية. (عبد الرحمن أبو الخيل، 2005، ص26)
2. **البيئة الحضرية**: وتتضمن الإنسان من حيث تنظيماته الاجتماعية، والثقافية والسياسية، والتكنولوجية وآثارها في البيئة من خلال استثمار الإنسان لمواردها وإقامة المشاريع التنموية المختلفة. بمعنى آخر فإن البيئة الحضرية تركز على العلاقة بين البيئة والتنمية سواء كانت إيجابية أو سلبية. (السيد سلامة الخميسي [د.ت.]، ص31)
3. **البيئة الاجتماعية**: وتتضمن النظم والعلاقات الاجتماعية والحالة الاقتصادية (عبد الرحمن العيسوي، 1997، ص 36)

3. علاقة البيئة بعلم النفس:

من أهم الدلائل على وجود علاقة بين علم النفس والبيئة هو ظهور تخصص علمي يجمع بينهما ويعرف بعلم النفس البيئي. فعلم البيئة يختص بدراسة العلاقة بين الكائنات الحية والبيئة المحيطة بها، بعيدا عن جانبها السلوكي النفسي، في حين أن علم النفس البيئي يعتبر من أحدث فروع علم النفس الحديث. التي ظهرت جراء تزايد الاهتمام بالبيئة وما يكتنفها من التلوث، وما يصيبها من إهمال وعبث وفساد من تلوث وتصحر... الخ وما إلى ذلك من الأضرار التي أصبحت تلحق بالبيئة المادية والاجتماعية للإنسان المعاصر. وأصبحت تهدد صحته بل وحياته وحياة كل الكائنات البرية والجوية، والمائية بالانقراض. فالإنسان يقضي بيده على مظاهر حياته وحياة غيره من الكائنات، بل ويدمر البيئة المادية نفسها بدلا من أن يعمل على تحسينها وحسن استثمارها، وكذلك يؤدي التلوث إلى انتشار الأمراض والأوبئة ومن أخطرها السرطان، والإيدز والسل الرئوي، والفشل الكلوي وبعض أمراض الجلد والقلب ... الخ. (عبد الرحمن العيسوي، 1997، ص 41) ودون الذهاب بعيدا، فلطالما كانت البيئة من الموضوعات والمسائل المثيرة للجدل في أبحاث علم النفس مع توأمها المعروف بالوراثة.

فقد وجد جلاكين (1967) في استعراضه لتاريخ الفكر الغربي عن الطبيعة والثقافة منذ الحضارة الإغريقية حتى القرن 18 ثلاث أفكار عامة متكررة وهي فكرة التأثير البيئي

وفكرة أن الإنسان كعامل جغرافي والفكرة الثالثة هي فكرة الأرض المصممة.

(طلعت منصور، 1981، ص83)

ثالثاً: علاقة الإنسان بالبيئة:

منذ أن وطأت قدم سيدنا آدم على هذه البسيطة. بدأت علاقته وتفاعله مع البيئة التي تحيط به، وظل الإنسان محاولاً حماية نفسه تارة والاستفادة من خيراتها تارة أخرى، تشييدها أحياناً وتدميرها أحياناً أخرى. ومع مرور الزمن وتطور البشر أصبحوا لا يهتمون بسلامة هذه البيئة التي كانوا هم السبب الرئيسي في عدم سلامتها خاصة في مرحلة عصر الصناعة، وما اتصل به من عمران تميزت به حياة الحضر عن حياة الريف. ومن هنا يتبين أن الإنسان في تأثيره على بيئته وقدرته على تغييرها وإحداث الخلل في علاقتها الطبيعية بلغ مراحل تنذر بالخطر، إذ تتجاوز في بعض الأحوال قدرة النظم البيئية الطبيعية على الاستيعاب وهذا ما أحدث اختلالات بيئية أصبحت تهدد حياة الإنسان نفسه، وهذا يعني أن العنصر البشري هو العامل الأساسي في قضايا البيئة، سواء أكانت في صورة استنزاف أم تلوث أم في صورة تنمية وحماية البيئة، أي أن **مشكلات البيئة هي مشكلات سلوك إنساني** في المقام الأول. (عصام توفيق قمر، 2005، ص53)

رابعاً: علاقة البيئة بالمجتمع:

هناك علاقة ديناميكية مستمرة بين طبيعة البيئة وما تحتويه وأفراد المجتمع الذين يعيشون فيها، وقد حاول العديد من العلماء تفسير طبيعة هذه العلاقة فاختلفت الآراء والاجتهادات والتي على أساسها أسست مدارس مختلفة نذكر أهمها فيما يلي:

من أهم المدارس التي حاولت تفسير العلاقة بين البيئة والمجتمع نجد المدرسة الحتمية وكذا تسمى بالمدرسة **البيئية**، ومن روادها **أرسطو وهيبوقراط وابن خلدون** أين ربطوا بين المناخ وطبائع الشعوب وعاداتهم. وتتنظر هذه المدرسة إلى الإنسان باعتباره كائن سلبي اتجاه قوى الطبيعة. وهو من خلال الحتمية البيئية مسير وليس مخير، وأنها أي البيئة هي العامل الوحيد في نشأة وتشكيل الثقافة والنظم الاجتماعية. في حين ترى المدرسة **الإمكانية** أن الإنسان إيجابي وديناميكي قادر على التغيير والتطوير. وله فرص الاختيار التي تقدمها له البيئة في حد ذاتها. بينما ترى المدرسة **التوافقية** والتي حاولت التوفيق بين رأيي

المدرستين السابقتين، وهي تؤمن بأن هناك احتمالات قائمة في بعض البيئات لكي يتعاضم الجانب الطبيعي في مواجهة سلبيات الإنسان وقدراته المحدودة وفي بيئات أخرى يتعاضم دور الإنسان في مواجهة تحديات ومعوقات البيئة. بالإضافة إلى مدرسة **التفاعل** التي تحاول تقديم معطيات تساعد على فهم العلاقة بين البيئة والصحة والمرض، فالتفاعل بين هذه العناصر الثلاث يؤثر بشكل أو بآخر في العوامل المهيأة للصحة أو المسببة للمرض، وهذا بتفاعل العوامل الطبيعية من مناخ وتضاريس، والعوامل الاجتماعية من ثقافة وعادات سلوكية، والتقنية مثل استخدام مياه الشرب النقية والمساكن الصحية.

وفي جميع الأحوال فإن للإنسان والمجتمعات بصورة عامة أربعة استجابات رئيسية وهي إما مجتمعات متخلفة خاضعة لقوة الطبيعة، أو مجتمعات في طريق النمو تحاول التغلب على معوقات البيئة، أو مجتمعات متأقلمة مع ظروف بيئتها الطبيعية، وإلا فهي مجتمعات افتراضية تحاول الخروج عن المألوف والتفوق على البيئة!.

(حسين عبد الحميد رشوان، 1998، ص من 89-94)

خامسا: العلاقة بين السلوك والبيئة:

ومن أهم النماذج المفسرة لعلاقة السلوك بالبيئة ما جاء في الدراسات التي أجريت على الانتباه وعلى تجهيز المعلومات أو ما يعرف بنموذج العبء الحسي، والتي تشير إلى أن الأفراد في الاستثارة يضيق ويحصر الانتباه على مثير واحد ويقلل الالتفات إلى مثيرات أخرى. ولو كانت ذات صلة بأداء الكائن الحي لوظيفته. ومتى توقف التعرض للمثيرات المفرطة أو غير السارة فإن الآثار السلوكية اللاحقة كنفصان طاقة الإحباط، وأخطاء الأداء العقلي، ونقصان الأنماط السلوكية الإيثارية قد تحدث، ويفسر **ميلجرام** (1970) تدهور الحياة الاجتماعية في المناطق الحضرية والمدن الكبرى بتجاهل الإمارات الاجتماعية الهامشية، ونقصان القدرة على الالتفات لها بسبب تزايد مطالب أداء الوظائف التي تتطلبها الحياة اليومية. وهكذا فإن أمراض التحضر قد ترجع جزئيا إلى عبء بيئي زائد. لأن حياة المدينة المعقدة والصاخبة تتطلب قدرا كبيرا من الانتباه.

(جابر عبد الحميد جابر، 1991، ص.ص 100-101)

سادسا: التربية البيئية:

بالاعتماد على ما تم عرضه من تفاعل بين البيئة والمجتمع والفرد ممثلاً في سلوكياته السلبية والإيجابية، كان لابد من التعرض إلى عنصر التربية السلوكية في كيفية التعامل مع البيئة ومقوماتها. وهذا لما شهدته السنوات الأخيرة من تصاعد سريع للمشكلات البيئية على جميع المستويات، وتأثيرها على موارد البيئة، وحياة الإنسان وجميع الكائنات. لهذا كان من الضروري الاهتمام بالتربية البيئية كمجال لنشر الوعي بمدى ضرورة إبقاء البيئة سليمة لإبقاء الإنسان سليم. ومن أهم غايات التربية البيئية هو تحديد مفهوم العمل البيئي في تحسين العلاقات البيئية ومن بينها علاقة الإنسان بالطبيعة والبشر بعضهم ببعض، وهكذا فإنه يترك لكل أمة وفقاً لثقافتها أن توضح معنى المفاهيم الأساسية مثل: "نوعية الحياة" و"سعادة الإنسان" في السياق البيئي الشامل. (رمضان الطنطاوي، 2004،

ص.ص 4-5). أيضاً من أهداف التربية البيئية مساعدة الأفراد والمجتمعات على فهم واضح بأن الإنسان جزء لا يتجزأ من النظام البيئي وكل ما يفعله يغير بيئته تغييراً ضاراً أو نافعاً، وكذا مساعدتهم على اكتساب المهارات والسلوكيات اللازمة لحل المشكلات البيئية وتطوير ظروف البيئة على نحو أفضل. (وفاء سلامة، 2002، ص 17) فالتربية البيئية

هنا ذات حدين. ففي حدها الأول تعمل على مساعدة الفرد للتكيف مع البيئة وتفهم مشكلاتها وحاجاتها، وفي حدها الثاني تتمثل في مساعدته على معالجة البيئة المحيطة وتكييفها لصالحه ولصالح المجتمع ككل، وحمايتها والمحافظة عليها واستثمار ما فيها من خيرات وموارد وإحداث التوازن البيئي. فكلما زاد تقدم العلم والتكنولوجيا ازدادت حاجة الأفراد إلى التعرف على بيئتهم وإدراك مشكلاتها من أجل تطويرها، وهذا كله يحتاج إلى نشاط وجهد إنساني يدعى التعليم والتربية.

(أبو طالب سعيد، 2001، ص 50)

سابعاً: علاقة البيئة بصحة الإنسان:

ويعتبر هذا العنصر من أهم العناصر التي تخدم موضوع الدراسة، حيث أنه بعد توضيح الارتباط الوثيق بين سلوكيات الأفراد وبيئتهم لم يعد هناك شك أن للبيئة تأثير على

صحة الإنسان. وقد تعددت المصطلحات التي تعبر عن هذا المفهوم إلا أنها تصب في بئر واحد وهو الصحة البشرية، ومن بين هذه المفاهيم نجد:

٤ **البيئة الصحية**: وهي التي تتوافق عناصرها بطريقة متوازنة بحيث يستطيع الإنسان العيش فيها والتفاعل معها واستخدامها بطريقة تضمن تحقيق المنفعة وتجنب المخاطر، وتتضاءل فيها مصادر الخطر وتتوفر فيها وسائل الأمن والسلامة. ومن أمثلة مصادر الخطر نجد: الكهرباء، مباني وشوارع مهدمة، مجاري مسدودة... الخ. ومن أمثلة وسائل الأمن نجد: توفر الخدمات الطبية والوقائية والعلاجية وخاصة الإسعافية.

(www.geocities.com, 10.7.2007)

٤ **الصحة البيئية**: ويقصد بها حالة توفر الموطن البيئي السليم والمستقر لنوع معين من الكائنات الحية وعلى رأسها الإنسان. بحيث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئته سليمة (أيمن مزاهرة، 2000، ص79) ونلاحظ أنه رغم اختلاف التسمية إلا أن فحوى الاصطلاحين واحد.

فنظافة البيئة من أهم العوامل الرئيسية للمحافظة على صحة الفرد والمجتمع عامة. فالحالة الصحية للأفراد والمجتمعات تحدد نتيجة التفاعل والتداخل بين عاملين أساسيين هما الوراثة والبيئة، فالوراثة تحدد الأسس الصحية للجانب البدني والعقلي والنفسي بينما تقوم البيئة بتشكيل وصياغة الخلفيات الوراثية. فهي تحدد متى وكيف تظهر الأمراض وإلى أي مدى تؤثر على صحة الفرد. ويبدأ تأثير البيئة حتى من قبل خلق الإنسان من خلال العادات والخلفيات الثقافية كالزواج المبكر وتحديد النسل وطرق الرضاعة... الخ وتؤثر بصورتين أساسيتين هما:

1. **تأثير مباشر**: كالتسمم الغذائي والحساسية، الإرهاق والأمراض بصورة عامة.

2. **تأثير غير مباشر**: وينقسم بدوره إلى قسمين:

أ. **دورة الملوثات في البيئة**: مثل تلوث المياه، الهواء، المبيدات، تصاعد بعض الغازات زائد الحوادث والأمراض المزمنة المرتبطة بالسلوكيات اليومية لأفراد المجتمع مثل السمنة والسكري.

ب. **تشكيل سلوكيات الإنسان**: فمن المعروف أن معظم الأمراض التي تصيب الإنسان إنما هي نتيجة سلوك خاطئ يقوم به. (www.geocities.com, 10.7.2007)

ثامنا: أدلة تأثير البيئة والسلوك على صحة الإنسان:

- مما لاشك فيه أنه ثبت بالبرهان القاطع تأثير البيئة والسلوك على صحة الأفراد. غير أنه من المفيد الإشارة إلى بعض المؤشرات التي تؤكد هذه العلاقة الثلاثية بين الصحة والبيئة والسلوك الإنساني والتمثلة فيما يلي:
- ✍ كثرة الإحصائيات والدراسات الميدانية المذكورة في الدراسات السابقة، أو ضمن محتوى الفصول النظرية لهذه الدراسة.
 - ✍ اختلاف الأنماط السلوكية من مجتمع لآخر، ومن زمان لآخر في نفس المجتمع.
 - ✍ اختلاف أولويات المشكلات الصحية من مجتمع لآخر، ومن زمان لآخر في نفس المجتمع.
 - ✍ تغير أولويات المشكلات الصحية في بعض المجتمعات التي طبقت برامج نوعية وبيئية. (عادل مصطفى شكر، 2007.7.10)
 - ✍ ظهور التخصصات وانتشار البحوث العلمية حول خطر متغيرات البيئة على صحة الإنسان.

ملخص

من خلال العناصر التي عرضناها عن حقيقة علاقة البيئة بالسلوك الصحي عموماً، يمكن القول أنه يجب الحفاظ على البيئة للحفاظ على صحتنا ولفهم أعمق لتأثير البيئة على السلوك الإنساني يمكن تقسيم العوامل البيئية المؤثرة إلى ثلاث مجموعات يكمن في ضوءها تفسير أي سلوك يسلكه الإنسان، وهذه المجموعات هي:

- العوامل المؤهلة: والتي توجه الفرد لاختيار معين قد يدعم أو يعيق سلوك ما. وتشتمل على العادات والأعراف والثقافة بصورة عامة مثل موضوع الرضاعة.
 - العوامل الممكنة: هي المهارات والمصادر التي تسهل أو تعيق تغيير السلوك وتشمل القوانين والخدمات الصحية، فمريض السكري لا يحتاج فقط لمعرفة غذائه المناسب، بل كيف يأخذ العلاج لهذا الداء.
 - العوامل المدعمة: وهي عبارة عن العواقب التي يلاقيها الفرد من المحيطين به لدى ممارسته سلوك معين، إما أن تكون في صورة تشجيع أو رفض وتنشيط.
- (عادل مصطفى شكر، 2007.7.10)

الفصل الثاني

السلوك الصحي

تمهيد

أولاً: مفهوم الصحة.

I. تعريف الصحة.

1.I الصحة النفسية.

2.I المفهوم العضوي للصحة.

3.I العوامل المؤثرة على الصحة.

II. مفهوم المرض.

1.II تعريف المرض.

2.II أسباب المرض.

3.II انتشار الأمراض حسب بعض المتغيرات.

III. موارد الحفاظ على الصحة.

1.III الموارد التنظيمية.

2.III الموارد الشخصية.

ثانياً: السلوك الصحي.

1. مفهوم السلوك الصحي.

2. أبعاد السلوك الصحي.

3. نماذج تفسير السلوك الصحي.

ثالثاً: الأنماط السلوكية وعلاقتها بمشكلات الصحة العامة.

رابعاً: التنقيف الصحي.

خامساً: الإسلام والسلوك الصحي.

ملخص.

تمهيد:

في كل مرة يتجدد موضوع التفاعل العميق بين النفس والجسد، يحاول الباحثين وضع حدود للتفرقة بينهما لكن دون جدوى. ونحن في هذا البحث سنتطرق لهذه الفكرة بطريقة أو بأخرى. خاصة ونحن نعالج موضوع الصحة، إلا أننا في الحقيقة سنحاول التركيز على الصحة الجسدية أكثر من الصحة النفسية. وهذا لطبيعة الموضوع في حد ذاته. وعلى اعتبار أن الصحة أصبحت مؤشر أساسي لقياس مستويات التنمية في جميع المجتمعات فإننا سنحاول التطرق إلى أهم المفاهيم التي لها علاقة بالموضوع من تحليل لمعنى السلوك، والصحة كمفاهيم عامة وأنواع الصحة حسب موضوعاتها ومن ثمة السلوك الصحي، وكيفية الحفاظ على الصحة. وهذا بإتباع عادات صحية توفر الوقاية اللازمة للفرد وحتى للمجتمع ككل.

هذا وبعدما كان هناك شبه انقطاع بين المتخصصين في علم النفس، أو الصحة النفسية والمتخصصين في الطب، أو الصحة الجسدية، أصبح الآن التعاون بين الباحثين في التخصصين واقع مفروض وهذا لخدمة المجتمع. فكانت الصحة محل اهتمام علماء النفس وعلماء الاجتماع والأطباء بطبيعة الحال، باعتبارها تمس الفرد في حد ذاته وتؤثر على جميع جوانب الحياة التي يعيشها.

أولاً: مفهوم الصحة:

تعتبر الصحة من أهم الموضوعات التي تشترك في دراستها عدة علوم قصد تطويرها ورفع مستواها لدى الفرد والمجتمع معا. والصحة العامة أحد فروع العلوم التي تدرس كيفية تطوير وترقية الحياة الصحية للفرد سواء من ناحية دراسة الأمراض ومسبباتها وكيفية الوقاية منها، أو بنشر الوعي والتثقيف الصحي والحفاظ على سلامة البيئة التي يعيش فيها، فتأسست منظمة الصحة العالمية World Health Organization عام 1948 لتفعيل العمل الصحي، وقد أقرت W.H.O التعريف التالي للصحة:

I. تعريف الصحة:

إن الصحة هي: "حالة من اكتمال لياقة الشخص بدنيا وعقليا ونفسيا، واجتماعيا ولا تقتصر على مجرد انعدام المرض أو الداء".

ولقد عرف العالم **بركنز Perkins** الصحة بأنها حالة التوازن بين وظائف الجسم. وأن هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم للعوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة، كما أكد على أن تكيف الجسم للعوامل الضارة هو عملية إيجابية مستمرة تقوم بها قوى الجسم المختلفة للحفاظ على حالة التوازن. (أيمن مزاهرة، 2000، ص13)

وتناول **هوريلمان Hurrelmann** مفهوم الصحة على أساس أنها: "حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما. وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية، والنفسية، والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة".

بالإضافة إلى هذه التعاريف نجد أن **أودرس UDRIS** وزملائه يعرفون الصحة على أنها ليست حالة ثابتة وإنما عبارة عن حالة توازن بين الموارد الفيزيولوجية، والنفسية والاجتماعية، وآليات الحماية والدفاع للعضوية من جهة. وبين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي، والبيولوجي، والاجتماعي من جهة أخرى. وبالتالي يفترض أن يقوم الفرد دائما ببناء وتحقيق صحته، سواء كان الأمر بمعنى الدفاع المناعي، أو بمعنى التكيف مع التغيرات الهادفة لظروف المحيط.

والصحة وفق هذا التعريف عبارة عن مفهوم منظومي وسيروري وعلائقي، وترتكز هذه الرؤية على مظهر الموارد أي على دور عوامل الحماية في الشخصية التي ينبغي تنميتها وتدعيمها، وعلى مهارات وقدرات النمو وعلى الطبيعة الممكنة الكامنة للصحة، ويشير كل من إيرين، فرانسكوفايك وفينتسل (Erben, Franzkowiak, Wenzel) في النقاش العلمي لمفهوم الصحة إلى ثلاث مبادئ تفسير:

- تعتبر الصحة حالة موضوعية قابلة للاختبار الطبي البيولوجي.
- يمكن اعتبار الصحة بأنها التكيف الأمثل الممكن مع متطلبات المحيط.
- كما ويمكن اعتبارها حدثا سيورريا (تفاعليا) لتحقيق الذات على شكل التعديل الهادف والفعال للبيئة.

وينظر للصحة في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادرا على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة، ويرى كل من شرودر وشويش (Schroeder et Schech) الصحة من منظور التوازن المثبت للمنظومة المحقق دائما للتناقضات في علاقة الإنسان والمحيط، وتعتبر الصحة عن نوعية تنظيم العلاقة المتناقضة بين الفرد والمحيط. ويصف أندرسون (Anderson) الصحة في خمسة نقاط:

1. كنتاج ونتيجة.
 2. كطاقة كامنة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة أو للقيام بوظائف معينة.
 3. كسيرورة (حدث تفاعلي) حيث تمثل الصحة ظاهرة ديناميكية متغيرة باستمرار.
 4. كشيء، كحالة يعيشها الفرد.
 5. كصفة تميز الفرد ككل، بمعنى اللياقة التي يتمتع بها الفرد وتميزه عن غيره.
- والمظهر الحاسم للصحة هو الشعور الشخصي بالعافية والسعادة والسرور، أو بتعبير آخر هي ليست مجرد الحالة الموضوعية، وإنما الحالة الشخصية التي تتجلى فيها القيم الشخصية والثقافية للفرد، ويعكس مفهوم الصحة التأثير المتبادل بين عدد كبير والعوامل الاجتماعية والنفسية والمحيطية. (عبد الكافي كفاي، 2007.7.23)

ونخلص إلى أن الصحة ليست مجرد صفة تطلق على من لا يعاني من مرض أو مشكل معين، بل هي عملية ديناميكية نسبية مستمرة يمكن للفرد أن يتحكم فيها نسبيا من خلال قناعاته وسلوكياته وإدراكاته لذاته ومحيطه ويمكن الاستدلال عليها من خلال مظاهر الأمن أو الراحة أو من خلال الرضا، أو السخط، أو من خلال انخفاض أو ارتفاع مستوى المعيشة وجودة الحياة.

1.I. الصحة النفسية:

تعرف الصحة النفسية على أنها القدرة على التعامل مع مطالب الحياة اليومية دون أن يرهق الشخص نفسه، أو أن يبذل من طاقته أكثر مما يستطيع، أو ما يتطلب الموقف، ومن ثمة يشعر بأنه كفء للمواقف المختلفة ويستطيع أن يتعامل معها بإيجابية وبانتظام، وأن يفكر بوضوح، ويسيطر على انفعالاته، وفي بالتزاماته ويستمتع بالحياة، وتكون له مع أغلب الناس في محيطه علاقات سوية، ومن ثمة يحس بسلام داخلي، ويرضى عن نفسه ويعيش في وفاق معها. ويتبين مما سبق أن الصحة النفسية كالصحة الجسمية لها مقوماتها التي تنهض عليها وهي مقومات بيولوجية (الصحة الجسمية)، ونفسية (التربية والتدريب) واجتماعية (الوعي والتثقيف).

(موسوعة الطب النفسي، 1990، مج2، ص.ص 9-10)

1.1.I. أسباب الأمراض النفسية:

رغم الباع الطويل الذي مرت به بحوث علوم النفس هادفة إلى تفسير أسباب الأمراض النفسية. إلا أن الصراع بين النظريات العلمية مازال قائما ليومنا هذا بسبب عدم وجود براهين علمية قاطعة تفصل بين الفريقين. غير أن الحقيقة تكمن في التكامل الطبيعي بين جميع الجوانب التي تمس الفرد منذ أو حتى قبل ولادته. لهذا فإننا سنحاول تلخيص هذه الأسباب في نقطتين مهمتين هما:

أ. الناحية التكوينية: والتي تعتمد على البيولوجيا الوراثية والفسولوجية.

ب. الناحية البيئية: وتكون أسباب الأمراض العصابية هي نتيجة لتفاعل هذه العوامل التكوينية مع البيئة. فلاشك أن العوامل البيئية تؤثر في نمو الفرد، وفي تطوره النفسي والفكري والعضوي والاجتماعي، والوجداني وخلال جميع مراحل الحياة. والفرد يستجيب لهذه

العوامل عن طريق التكيف والتغير، وكذلك عن طريق التفاعل المتبادل الذي يتم بين الفرد وبين عوامل بيئته. (فيصل الزراد، 1984، ص.ص 46-47)

ويفسر الجشطلت الأمراض النفسية على أنها تعود إلى عدة عوامل منها فقدان الاتصال مع البيئة، وهي ترتبط بنقص الوعي. وهذه يمكن أن نأخذ صورتين، الأولى حيث يكون الفرد متشددا في سلوكه بحيث لا يقبل أي جوانب من البيئة، ومن ثمة ينسحب من الاتصال بالبيئة بما فيها الآخرون من البشر، والثانية أنه يحتاج إلى كثير من الموافقة بحيث يفقد ذاته في محاولة استدماج كل شيء وتصبح الذات مستبدلة إلى حد كبير بصورة الذات. (جمعة يوسف، 2001، ص 133)

2.1.I علاقة الصحة النفسية بالصحة الجسمية:

يمكن تلخيص هذه العلاقة فيما يعرف بالطب النفسي، أين يمكن للأطباء النفسيين التعرف على تأثير الصحة الجسمية والمرض في كل من السلوك السوي وفي المرض النفسي، وحيث أن الاضطرابات الجسمية يمكن أن تختفي في صورة ظروف سلوكية أو طب نفسية، كما تتشابه الاضطرابات النفسية في أعراضها مع بعض الأمراض. فإن الأطباء النفسانيون يدرسون علم الصيدلة النفسية حتى يمكنهم استخدام العقاقير في علاج الأمراض النفسية. (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص 48) ومن أمثلة العلاقة بين التوازن النفسي الانفعالي، والتوازن الفسيولوجي الجسمي نذكر ما يلي:

■ في دراسة قامت بها د. ساندرا ليفي S. Levy وجدت أن خلايا المناعة الطبيعية عند مريضات سرطان الثدي المستسلمات للمرض، واليائسات من العلاج أقل كفاءة ومناعة من خلايا المناعة عند مريضات سرطان الثدي غير المستسلمات للمرض والمتفائلات بالعلاج.

■ كما وجد د. روبرت Robert أن الغم واليأس والجزع من أهم عوامل الاستهداف لمرض القلب.

■ وأشار السير ويليام أوسلر من خلال دراساته على مرض السل إلى أن علاجهم يعتمد أساسا على تعديل ما في أدمغتهم من أفكار سلبية ومشاعر مؤلمة، وميول عدائية أكثر مما يعتمد على علاج المرض نفسه. (محمد عز الدين توفيق، 2002، ص 337)

وقد تم التركيز مؤخرا على دور أجهزة المناعة في الجسم وعلاقتها بمقاومة الأمراض، وتبين أن اضطراب الحالة النفسية والإصابة بالقلق والتوتر والاكتئاب يؤدي إلى نقص في كفاءة مناعة الجسم وتقلل من مقاومته، فيصبح الشخص عندئذ أكثر عرضة للإصابة بالنزلات الميكروبية والفيروسية والأمراض الأخرى التي ترتبط بمناعة الجسم مثل السرطان. (لطفى الشربيني، 2003، ص32)

2.I. المفهوم العضوي للصحة:

قلما نتساءل عن معنى الصحة وجوهرها إلا بعد الإصابة بمرض معين فما هي الصحة وكيف يمكننا الحفاظ عليها؟ تلك هي المسألة التي يهتم بها علم الصحة وللإجابة على هذا السؤال لابد أن نعرض بعض وجهات النظر النفسية لمفهوم الصحة.

1.2.I مفهوم المنشأ المرضي:

وينطلق هذا الاتجاه السائد في الطب بالدرجة الأولى من ثنائية (الصحة/المرض) ويرى أن الإنسان إما أن يكون صحيحا أو مريضا، إما أن يعاني من أعراض معينة وإما لا يعاني منها. وفي هذا الاتجاه يمكن تعريف الصحة من خلال غياب المرض، ومن خلال فهم منشأ الأمراض وتطورها وكيفية علاجها. ويعاب على هذا الاتجاه أنه لم يمكن الإنسان من معرفة الطرق التي من خلالها يظل سليما.

2.2.I مفهوم المنشأ الصحي:

أما نموذج المنشأ الصحي فينطلق من متصل الصحة والمرض أي أن الإنسان يكون في كل لحظة من لحظات حياته صحيحا بدرجة ما ومريضا بدرجة ما. وبمقدار ما يتجه باتجاه الجانب الصحي على المتصل يكون أكثر صحة وبمقدار ما يتجه نحو الجانب المرضي على المتصل يكون مريضا. ومن هنا فإن السؤال المطروح هو كيف يصبح الناس أكثر صحة وأقل مرضا؟؟.

وتتلخص وجهة النظر هذه في أنه يصعب على الطب القائم على أساس المنشأ المرضي الإجابة عن معنى الصحة عموما والصحة النفسية بشكل خاص. من خلال الإجابة على السؤال لماذا يمرض الناس؟ وبطرحه لمجموعة من العوامل كالوراثة ونمط الحياة غير الصحي، الصراعات... الخ ولكن أنتونفسكي قام بطرح السؤال: كيف يحافظ الإنسان على

الصحة؟ ويستدل على رأيه هذا بقوله أنه حتى عند وجود المرض يظل الإنسان ممتلكا لمساحات من التصرف تمكنه من التعامل مع المرض وعواقبه بنجاح.

3.2.I مفهوم الصحة عند غادامير Godamerr:

ويشير غادامير Hans-Georg. G أن الصحة مستترة ولا يمكن رؤيتها بصورة مباشرة أو الإحساس بها إلا بعد فقدانها، فالصحة عبارة عن حالة توازنية، تجانسيه معرضة باستمرار للخطر وفي نفس الوقت حالة يسعى الإنسان باستمرار لتحقيقها نتيجة لدافع طبيعي فيه. وبالتالي فهي عبارة عن حالة لا يمكن ضبطها أو قياسها خارج الذات، ويناقش كولز الفكرة نفسها في حديثه عن الصحة، ويرى أنه توجد من ناحية العلاج ثلاث وحدات مختلفة للقياس أو التحليل وهي الناس، السلوك، الأمراض.

فالصحة والمرض عبارة عن استدلال مستمد من ملاحظة السلوك، أو المرض، أو كليهما معا، إذن فنحن لا نقيس الصحة وإنما مظاهر الصحة. في حين أن المرض يمكن ضبطه من خلال الطب أو قياسه من خلال معيار مثالي للصحة، بمعنى أن وجود أو غياب الصحة معيار مثالي لقياس المرض.

إذا يمكن اعتبار الصحة الجسدية عبارة عن حالة لا وزن لها، تضمن للإنسان مقدارا واسعا من حرية الحركة والتصرف والتفكير، ضمن حدوده البدنية والفيزيائية. الصحة إذا تعني الحرية التي يفقدها المريض بدرجة قليلة أو كبيرة. وحتى عندما لا نستطيع قياس الصحة فإننا يمكن تعريفها استنادا للمرض. (عبد الكافي كفاي، 2007.7.23)

وعموما وحسب OMS فإن الصحة تتناول 4 نواحي هي:

- الناحية الجسمية: بمعنى التمتع باللياقة البدنية وانقضاء المرض والعجز.
 - الناحية النفسية: الشعور بالراحة النفسية دون اضطراب أو توتر نفسي.
 - الناحية العقلية: الشعور بالمسؤولية والقدرة على اتخاذ القرارات المناسبة دون تردد.
 - الناحية الاجتماعية: القدرة على الاتصال والتواصل واحترام الآخرين.
- المحافظة على بيئة صحية سليمة بما فيها، البيت، المدرسة، المزرعة الخ
- (www.geocities.com, 31.8.2006)

3.I العوامل المؤثرة على الصحة:

هناك الكثير من العوامل التي تؤثر على صحة الفرد سواء بشكل سلبي أو إيجابي، نوجزها فيما يلي:

« **الوراثة:** من المعروف أن الإنسان يولد بصفات جسمية وصحية موروثية من والديه وأجداده كالاستعداد للإصابة بمرض معين، مثل عمى الألوان أو السكر.

« **البيئة:** وهي جميع الظروف الحيوية والفيزيائية المحيطة بـ الفرد، من عوامل طبيعية كالمنطقة الجغرافية التي يسكنها وما تتميز به من خصائص، والمجال الحيوي وما يحويه من نباتات وحيوانات، وكذا العوامل الاقتصادية والاجتماعية كالمستوى المعيشي والتقاليد والتربية والوعي، ضف إلى ذلك العادات الشخصية التي يسلكها الفرد في حياته من حيث النظافة وعادات الغذاء والرياضة ... والتدخين. (فايز شكر وآخرون، 1999، ص.ص 3-4)

« **الغذاء:** توافر العناصر الغذائية وتنوعها وتوازنها وكذا طرق الأكل الصحي.

« **طراز الحياة اليومية:** وطبيعة العمل والتوازن في الحركة والرياضة والراحة والترفيه الجسماني والنفساني.

« **الثقافة العامة:** والوعي الصحي بتفهم المشاكل الصحية القائمة والسلوك والعادات ومجابهتها.

« **الخدمات الصحية:** توفر المراكز الخاصة بالرعاية الصحية وارتفاع أو انخفاض مستوى هذه الخدمات والسعي إليها في الوقت المناسب.

(أيمن مزاهرة، 2000، ص.ص 13-14)

II. مفهوم المرض:

المرض ينبع من الجهل، أما الصحة فمؤسسة على المعرفة المتنامية، معرفة احتياجات الجسم ومتطلباته ... معرفة أسباب المرض ومشكلاته.

والعلاج الشافي من المرض لم يتحقق إلا بالتجارب التي تكرر فيها الخطأ ...

وبالالاكتشافات التي توصل إليها العلماء ... غير أن الصحة لا تكتمل بالوعي والإدراك إلا بنظافة الجسم والبيئة ... إلا بالراحة المعتدلة والعمل المعتدل ... بهذا كله يقاوم الرجل

المرض ويتغلب عليه ويعيش حياة كاملة لا يعترئها وهن ولا ينتاب صاحبها فيها من الأسقام ما يتمنى معه الموت كل يوم مرات. (اميل خليل بيدسن، 1997، ص9)

II.1. تعريف المرض:

يعكس المرض -بالمعنى العام للكلمة- اختلالاً في البيئة الداخلية للإنسان وتكوينه العضوي، وغالباً ما يعكس اختلالاً في العلاقة بين الإنسان وبيئته الخارجية التي تهيئ له مختلف مسببات الأمراض كسوء التغذية أو الجراثيم ... الخ.

(عدلي علي أبو طاحون، 1996، ص188)

فللمرض إذا عبارة عن حالة غير طبيعية أو حالة من اللاتوازن في جزء من الجسم. ويستدل عنها بأعراض ظاهرة يكشف عنها عن طريق بعض التقنيات وتصريحات المريض عموماً. وهناك عدة أنواع من الأمراض منها المعدية، المزمنة، النفسية والعقلية.

II.2. أسباب الأمراض:

هناك عدة عوامل مسببة للأمراض نلخصها في النقاط التالية:

- عوامل وراثية: كانتقال المرض من الآباء إلى الأبناء.
- عوامل العدوى: تكثر ناقلات الأمراض مثل الفيروسات، بكتيريا، طفيليات.
- المسممات والمخدرات: فالتدخين والكحول وحدهما يقضيان على 65000 شخص في فرنسا.

- التلوث البيئي بكل أشكاله: تلوث المياه، الهواء.
 - التغيرات الهرمونية وتشوهات الانقسام الخلوي.
 - عوامل مناعية: أمراض مرتبطة بتثبيته قوي لبعض الأجسام المضادة.
 - سوء التغذية: عدم التوازن الغذائي وإتباع طرق أكل غير صحية.
 - العوامل النفسية: وأبسطها الشكاوى البدنية التي يكون سببها التعكير النفسي.....
- (موسوعة القرن، 2006، ص226)

II.3. انتشار الأمراض حسب بعض المتغيرات:

إن انتشار الأمراض في الغالب يرجع إلى اللاتوازن الملحوظ بين منطقة وأخرى، والتي تبين العلاقة الوطيدة بين المرض وبعض العوامل كالمناخ والوسط الاجتماعي و البيئة الجغرافية، والجنس والزمن والسن، مثل ذلك انتشار مرض الكوليرا في قسنطينة التي تعتبر

من المدن الكبرى، يبين مدى تميز فضاء جغرافي واجتماعي عن آخر ويؤكد الدور الذي تلعبه الشروط الاقتصادية والاجتماعية في كونها مسببات للمرض ... والحقيقة أن كل منطقة تتميز بسلسلة من الأمراض على حسب خصوصيتها الجغرافية والبشرية، والطب الجغرافي يحاول أن يحدد بؤر الأمراض ويؤسس العلاقة بين المرض والمناطق الجغرافية، وكما يقول **H. Picheral** : "إن اكتشاف عدم التوازي في انتشار مرض معين في المجال الذي نعيش فيه يعد أول نتيجة ملموسة للطب الجغرافي" لهذا فإن دراسة الأمراض تعتمد على ثلاث عوامل هي:

- **المكان:** البؤرة أو المنطقة التي تنتشر فيها الأمراض.
 - **الزمن:** المتغيرات المناخية عبر الفصول الأربعة.
 - **الأشخاص:** الأمراض تختلف حسب السن، الجنس. (R. Boussouf, 1992, PP25,99)
- فلاحظ أن الجنوب يتميز بالأمراض التي تنتشر وتنشط في مستويات الحرارة المرتفعة وخاصة في فصل الصيف، في حين نلاحظ انتشار الأمراض التي تقاوم الحرارة وتتطور في المناطق الباردة كالكوليرا في الشمال. كما تزيد حدة الأمراض الصدرية في الشتاء، والمعدية والوبائية في الصيف، في حين يتعرض الأطفال إلى الأمراض الناتجة عن سوء التغذية وقلة النظافة بينما يتعرض الكبار للأمراض الناجمة عن القلق والإجهاد الكبير في العمل والحياة اليومية.

III. موارد الحفاظ على الصحة:

يمكن التفريق بين نوعين من الموارد: الموارد التنظيمية والموارد الشخصية.

III.1. الموارد التنظيمية:

- يقصد بها الظروف الموقعية التي يعدل وينمي ضمنها الفرد قدراته الفردية من خلال المواجهة الفاعلة له مع الإمكانيات القائمة، ويقصد بالموارد التنظيمية شيئين:
- أ. **ضبط الموقف:** ويعبر عن كل أنماط السلوك التي يمكن تصنيفها تحت الحاجة الإنسانية الأساسية لأن تكون الأحداث في محيط الفرد شفافة ومفهومة ومسيطر عليها.
 - ب. **الدعم الاجتماعي:** هو التعامل أو التفاعل الحاصل للموارد بين أعضاء شبكة اجتماعية ما بهدف الحفاظ المتبادل على الإحساس بالعافية وتحسينه. ويمكن للدعم الاجتماعي أن

يمتلك وظيفة إيجابية بالنسبة للتغلب على الإرهاق وللوقاية من الأمراض واضطرابات الإحساس بالعافية وبالنسبة للحفاظ على الصحة.

III.2. الموارد الشخصية:

هي أنماط السلوك الثابتة موقفيا والمرنة في الوقت نفسه. على نحو منظومات القناعة المعرفية لشخص ما، والتي يمكن اعتبارها بناءات شخصية وتنقسم إلى:

أ. **كفاءات التغلب:** بمعنى القدرة على المواجهة أي القيام بتصرف تغلب نوعي، كأن يستطيع مرضى الذبحة القلبية أن يتغلبوا على المواقف الحياتية بشكل أفضل إذا ما امتلكوا كفاءات عالية للتوقع.

ب. **القدرة على الاحتمال:** والتي تعكس نمطا معرفيا وسلوكيا وانفعاليا من المقاومة للإرهاق. وتتكون القدرة على التحمل من ثلاثة مركبات وهي: الضبط (بمعنى أن يكون الشخص قادرا على التأثير في أحداث حياته)، والالتزام (تمسكه بمواقف معينة والمشاركة الاجتماعية) والتحدي (متطلبات الحياة تحديات وليست تهديدات).

ج. **التفاؤلية:** تعني التوقعات للعلاقات المدركة بين التصرف والنتيجة.

د. **قناعات الضبط الداخلية:** وتتوفر هذه عندما يدرك الإنسان أن الأحداث التي تعقب تصرفاته غير ناجمة عن سلوكياته وإنما هي محظ الصدفة أو الحظ أو بسبب الآخر.

هـ. **الإحساس بالتماسك:** بمعنى امتلاك الشخص لشعور ديناميكي بالثقة، بحيث ينظم الأحداث المحيطة به داخليا وخارجيا وتكون قابلة للتفسير والتنبؤ. وتتكون من ثلاثة مركبات وهي: القابلية للفهم، التأثير والامتلاء بالمعنى. (سامر رضوان، 2007.7.24)

ثانياً: السلوك الصحي.

1. مفهوم السلوك الصحي:

تلعب سلوكياتنا وعاداتنا اليومية في الأكل والنوم واللباس والغسل والحركة دوراً كبيراً على صحتنا ويؤكد ذلك العديد من البحوث التي وردت وسترد في هذه الدراسة. لهذا حاول العلماء تعريف السلوك الصحي بعدة عبارات إلا أنهم اتفقوا على أنه نمط من السلوك يقوم به الفرد للحفاظ على صحته.

❏ فيعرفه سرافينو Sarafino بأنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة".

(عثمان يخلف، 2001، ص20)

❏ ويشير السلوك الصحي حسب Ferber فيربر إلى أنه: "مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية".

❏ كما يعرفه نولدنر Noeldner : "كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد".

فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها. وهذا يشمل على الأنماط السلوكية التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتتميتها كصفة تميز الفرد ككل، بمعنى اللياقة التي يتمتع بها الفرد وتميزه عن غيره.

ويشير تروشكه Troschker وآخرون إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي وهي:

1. العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة: كالسن، الجنس، المعارف، الاتجاهات ... الخ.

2. العوامل المتعلقة بالمجتمع : كالتعليم، المهنة، الدعم الاجتماعي، وتوقعات السلوك. الخ.

3. العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى البلديات : بمعنى سهولة الوصول إلى المراكز الصحية والتنظيف الصحي... الخ

4. العوامل الاجتماعية عموماً: كالعقائد والقيم، الأنظمة القانونية ... الخ.

5. عوامل المحيط المادي: كالطقس والطبيعة وألبنا التحتية ... الخ.

(سامر رضوان، 2007.7.24)

2. أبعاد السلوك الصحي:

للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية هي:

1.2 البعد الوقائي:

ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلاً أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

2.2 بعد الحفاظ على الصحة:

ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلاً أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوص بها.

3.2 بعد الارتقاء بالصحة:

ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم. (عثمان يخلف، 2001، ص.ص 20-21)

3. نماذج تفسير السلوك الصحي:

من أهم النماذج المفسرة لسلوك الصحي ثلاثة محاولات جادة لإعطاء تفسير علمي للسلوك الصحي:

1.3 نمو القناعات الصحية:

ينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة. والمقصود بهذا النموذج أن اتخاذ القرار بإتباع نمط سلوكي صحي يعود إلى الفوائد أو الخسائر التي ستجنى من وراء هذا القرار المبني على قناعة صحية معينة، كأن يقرر شخصاً ما عدم التخلي عن التدخين إذا ما اعتبر واقتنع أن صحته غير مهددة بسببه.

2.3 نموذج الفعل المعقول:

وهنا لا يركز هذا النموذج على السلوك في حد ذاته بل على نوايا هذا السلوك التي تتحدد من خلال عاملين هما:

-الاتجاهات نحو السلوك المشكوك فيه.

-المعيار الذاتي: أي من خلال ضغط التوقعات الناجم عن الآخرين.

وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة لسلوك المشكوك فيه ونحو التقييمات

أما القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب أشخاص أو مجموعات الإطار

المرجعي للشخص بغرض تعديل الاتجاهات أو المعيار الشخصي. وبالتالي تعديل النوايا

ومن ثم السلوك، إذا فلابد من تعديل القناعات أولاً:

وقد أضاف أ **جزين Adjzen** عامل آخر والمتمثل في القابلية الذاتية لضبط

التصرف، والتي يقصد بها القناعة بقدرة الشخص على أن يقوم بالفعل بتصرف ما.

وطبقاً لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية **لباندورا Banadora** فإن نية الفرد من أجل

القيام بالسلوك الصحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة

توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه، أي أنه على الشخص ألا يعتقد فقط

أن التدخين مضر بالصحة مثلاً من أجل أن يتوقف عن التدخين، وإنما عليه أن يكون

مقتنعاً على أنه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين.

3.3 نموذج دافع الحفاظ على الصحة:

ويعرف هذا النموذج باسم دافع الحماية **لروجرز Rogers**، ويقوم هذا النموذج على

التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات بالقيام بإجراءات ملائمة. بمعنى

القيام بأنماط السلوك الصحي. ويمكننا هذا النموذج من التفريق بين أربع مركبات هي:

أ. الدرجة المدركة للخطورة المتعلقة بتهديد الصحة.

ب. القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.

ج. الفاعلية المدركة لإجراء ما من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.

د. توقعات الكفاءة الذاتية لصد الخطر.

وتسهم هذه المركبات مجتمعة في تشكيل طلائع ممارسة السلوك الصحي ما. واستنادا لنموذج الفعل المعقول يفترض أن مثل هذه النوايا تمكن من التنبؤ الأفضل والممكن للسلوك الفعلي. (سامر رضوان، 2007.7.24)

ثالثاً: الأنماط السلوكية وعلاقتها بمشكلات الصحة العامة.

ازدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي تحاول دراسة علاقة أنماط السلوك البشري بصحة الفرد سواء كانت النفسية أو العضوية وأكدت أغلب الأبحاث على وجود ارتباط كبير بين تصرفاتنا الشخصية والحالة الصحية التي نعيشها، وبالتالي فإن الأمراض التي نعاني منها تعود أسبابها في الغالب إلى سلوكياتنا وعاداتنا الصحية الغير سليمة. ويظهر هذا الاهتمام جلياً في تطور أساليب الوقاية من الأمراض، أين أدركت الدول بعد الباحثين أن ما تصرفه من أموال طائلة على المراكز الصحية لا يجدي نفعا إذا لم يكن هناك إدراك أو قناعة لدى أفراد هذه الدول بوجوب المحافظة على صحتهم.

ويتقدم العلم ظهرت عدة تخصصات تعالج هذا الارتباط بشكل أو بآخر. منها الطب السلوكي، الطب الوقائي، علم الأوبئة السلوكية، علم النفس المرضي الاجتماعي، علم النفس البيئي، الطب النفسي ... الخ.

وهكذا أصبح السلوك من أهم العوامل المسببة للأمراض والذي يجب أخذه بعين الاعتبار كمتغير يمكن من خلاله التنبؤ أو التحكم في ديناميكية تطور الأمراض.

وفي هذا الإطار سنحاول سرد بعض الدراسات التي لها علاقة بالموضوع والتي تؤكد علاقة النمط السلوكي بأمراض التي يعاني منها أصحاب هذا السلوك. فقد جاء في دراسة ميدانية لقياس الأمية البيئية بين الشباب والتي انطلقت من فرض أن التلوث قضية سلوكية بحثة قوامها تربية الفرد وتكوين عاداته. وقد كانت العينة تتكون من 500 فرد بمصر فكانت النتائج أن نسبة 60.5% من العينة يعتقدون أن الفرد هو المسؤول عن حدوث التلوث، كما كشفت الدراسة عن وجود بعض العادات السلوكية الفردية الصحي إلا أنها بنسب قليلة بين أفراد العينة. (عبد الرحمن العيسوي، 1997، ص.ص 207-209)

كما أشارت دراسة قام بها تايلور وزملائه Taylor, Kenremy, Aspinwall حول علاقة التفاؤل كسلوك فردي بصحة الجسم، فكانت العينة تتكون من 312 رجلاً مريضاً

بالإيدز و238 مفعوص غير مريض به. فكتشفت عن نتيجة مهمة مفادها أن التفاؤل مصدر مهم للتغلب على الأمراض النفسية والجسدية، إذ أنه يساعد المرضى على التحكم النفسي في الانفعالات عندا يصابون بلامراض. (أحمد عبد الخالق، 1981، ص48)

وفي دراسة أخرى قامت بها الباحثة **حنان السيد بدر وفيليب مودي Moody** حول معتقدات الموظفين الحكوميين الكويتيين الذكور منهم (1798 كويتي) حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين، فكانت النتيجة أن غير المدخنين يعتقدون أن التحكم في الصحة يأتي من خارج الشخص، أي ضبط اجتماعي بالمقارنة مع المدخنين الذين يرون أنهم أكثر قدرة على التحكم في حياتهم، وكان غير المدخنين لديهم معتقدات أفضل عن مضار التدخين. بالإضافة أن الدراسة أشارت إلى أن تدني مستوى التعلم وعدم الزواج هي عوامل خطيرة تؤدي إلى التدخين. (حنان السيد بدر وآخرون، 2007.7.23)

كما ثبت أن الاعتماد على وجبات غنية بالفواكه والخضروات يمكن أن يحمي من ضيق التنفس والالتهاب الشعبي المزمن وهذا من خلال دراسة حديثة نشرت في مجلة "برفنشن" وتمت على 18 ألف بالغ، وتبين أن الفارق في أداء وظائف الرئتين بين المغتنية وجباتهم بالخضر والفواكه، وبين غيرهم ممن يهملونها في وجباتهم، يماثل الفرق بين أداء هذه الوظائف بين غير المدخنين ومن يدخنون علبة سجائر يوميا لمدة عشر سنوات. هذا الفارق الهائل بين التنفس بارتياح والنقاط الأنفاس بصعوبة يعزوه الباحث إلى حصول الكثيرين من الخضر والفواكه على كمية أكبر من مضادات الأكسدة في هذه الأغذية. (محمد الخزنجي، 2000، ص161)

ونكاد في كل دراسة نطلع عليها نجد أن السلوك هو من أهم المسببات التي تؤدي إلى الوقوع أو تطور مرض معين، وارتفاع ضغط الدم دليل على ذلك حيث أنه من الأمراض الشائعة، ففي أمريكا وبريطانيا فقط يصيب حوالي 10-20% من الناس و60 مليون شخص مصاب به في أمريكا لوحدها. وبالنسبة للسعودية فإن دراسة أقيمت حول الحالة الغذائية لسكان المملكة وجدت أن الإصابة بضغط الدم تتراوح بين 6-8% منهم. وقد يؤدي هذا المرض إلى أمراض أخرى أخطر كال فشل الكلوي وسوء الرؤية، سكتة دماغية، جلطة قلبية ... الخ.

فقد أثبتت ثلاث دراسات نشرت في المجلة الطبية البريطانية BMT عام 1991 أن لملاح الطعام الزائد (كسلوك صحي) علاقة مؤكدة وبأدلة علمية كافية للإصابة بضغط الدم، مع العلم أن الدراسة أجريت على 4700 مريض في 24 مجتمع مختلف من العالم. (حسان باشا، 1995، ص.ص 110-112)

كما أن السمعة هي الأخرى تعتبر من نتائج السلوكيات الصحية الغير سليمة والتي تعد ثاني الأسباب الرئيسية في الوفاة قبل الأوان في أمريكا بعد التدخين، وجاء في تقرير الدراسة التي أجريت على مليون أمريكي أن بعض الأشخاص قد يواجهون خطر الموت المبكر بسبب زيادة الوزن وأن هناك علاقة -خاصة- واضحة بين الزيادة المفرطة في الوزن وزيادة خطر الموت بأمراض القلب والسرطان. (محمد الخزنجي، 2001، ص 156)

فمن خلال الدراسات المعروضة وغيرها كثير لم يتسنى عرضه، نلاحظ العلاقة الواضحة والمؤكدة بين عاداتنا الصحية الغير سليمة وإمكانية الإصابة أو تطور بعض الأمراض قد تصل إلى أخطرها أو إلى حد فقدان حياتنا.

رابعاً: التثقيف الصحي.

لم يعد الهدف هو مداواة المرض فحسب بل حفظ الصحة صار أهم.

1. تعريف التثقيف الصحي:

هو عملية التعلم والتعليم، والتي من خلالها يغير المتعلمون من سلوكهم الصحي وذلك للوصول إلى حالة صحية أفضل. (عصام الصفدي، 2001، ص 169)

2. تعريف عملية تغير السلوك الصحي:

تعرف على أنها عملية تحسين أو تعديل لعدة سلوكيات غير صحية كنتيجة لتدخل خارجي سواء كان تثقيفياً أو غيره، وكمثال على ذلك مرض تلف الكبد الذي تتم معالجته طبياً وعن طريق تغيير سلوك المريض.

فمن السهل تشخيص المرض وإعطاء الدواء وتناوله، ولكن من الصعب أن تغير سلوك إنسان أدمن على التدخين أو الكحول أو المشروبات الغازية أو قلة الحركة.

ولهذا فإن التثقيف الصحي جاء لمساعدة الناس على اتخاذ قرارات مناسبة بشأن صحتهم مع تذليل المعوقات البيئية والاجتماعية والتي تحول دون إتباعهم السلوك المناسب،

وهذا ما يعرف بمصطلح **تعزيز الصحة**، فلا يمكن مثلاً أن تنتشر ثقافة التطعيم دون توفير اللقاح.

ولقد أثبتت دراسات علمية كثيرة أن عملية تغيير السلوك الصحي تقلل من حدوث الأمراض وحدوث المضاعفات الناتجة عن هذه الأمراض بإذن الله. فالتثقيف الصحي ليس مجرد نشر المعلومات الصحيّة عن طريق وسائل الإعلام، بل هو أصعب من ذلك لأنه يهدف إلى إحداث تغيير في أنماط سلوكيات الأفراد قد يكون مر عليها سنوات منذ اكتسابها، والدليل على ذلك هم الأطباء المدخنون حيث تبلغ نسبة المدخنين حوالي 40-60%.

فهو إذا جزء من الرعاية الصحيّة ومجموعة من الخبرات المنظمة والمصممة لتسهيل التبنّي اللاإرادي لسلوكيات المعززة لصحة الأفراد والمجتمع، وهو بهذا يتناول جميع المواضيع المتعلقة بالسلوك الصحي أو التي يمكن تجنبها عن طريق التوعية أو تحسين جودة الحياة والارتقاء بالصحة ورفع مستوى الفرد، ومن هذه المواضيع نجد الأمراض المزمنة والمعدية، صحة الأم والطفل، الرياضة، التغذية، المخدرات، الصحة المدرسية والبيئة ... الوقاية ... الخ. (سارة الأسعد، 2007.7.23)

3. أهداف التثقيف الصحي:

- ☞ يعتبر تقويم العادات والسلوكيات غير المرغوبة واستبدالها بعادات و سلوكيات صحيّة من أهم أهداف التثقيف الصحي.
- ☞ تغيير مفاهيم الناس وقيمهم فيما يتعلق بالصحة والمرض. ومساعدتهم على إدراك مفهوم الصحة الحديث. بحيث يساهموا في الفعاليات الصحيّة بأنفسهم ودون تحريك خارجي.
- ☞ أن تصبح الصحة هي غاية المجتمع ككل وذلك بإدراك أهمية الحفاظ عليها.
- ☞ رفع مستوى الخدمات الصحيّة قصد جلب الأفراد لها والاستفادة منها فعلياً.

(عصام الصفدي وآخرون، 2001، ص170)

فلو لاحظنا بعض السلوكيات اليومية نجد أنها مهمة جداً في الحفاظ على صحتنا، إلا أننا لا نوليها الاهتمام الكافي، فمثلاً عادة النوم أين يقضي الإنسان ربع حياته (25%) في النوم المتوسط إلا أنه لا ينتبه إلى المشاكل أو الاضطرابات التي قد تسببها العادات

السيئة في النوم، فالأرق المنتشر بين أفراد المجتمع والذي تصل نسبة حدوثه إلى 15% وتزداد مع تقدم السن إلى 40% نجد أن من بين الأسباب المؤدية له هي أسباب ذات ارتباط وثيق بعاداتنا السلوكية أبسطها تغيير عادات النوم أو عدم إتباع تعليمات النوم الصحي، تناول أدوية مضادة للنوم، أو عدم تقدير الشخص لحاجته من النوم يوميا، والتي تبلغ في المتوسط 7-8 ساعات مع العلم أنها تختلف حسب مراحل النمو.

(نظام أبوجلة، 1998، ص من 142-146)

وهناك مثال آخر مرتبط بسلوكياتنا اليومية هو الآخر وبالضبط بالغذاء الذي نتناوله يوميا والمقصود هنا هو مرض ألْفهم العصبي: فرغم أن هذا الأخير منشأه نفسي. إلا أنه يرجع لنمط سلوكي معين يكون في الغالب الرغبة في تخفيض الوزن وهنا لا ينتبه الفرد إلى حاجات الجسم الطبيعية، وقد يؤدي هذا السلوك من التجويع إلى الموت. وتقدر نسبة هذا الاضطراب في بريطانيا ب 0.37 إلى 1.60 إصابة في الألف، وتقدر نسبة النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18-45 ب 1% وتتزايد مع الزمن. كما أن سلوكيات الأسرة لها تأثير بالغ على صحة الأطفال من هذه الناحية، فالإفراط بالعناية الصحية تؤثر في مدركات الأبناء لمفهوم الصحة وطرق الحفاظ عليها، كإهتمام الزائد بأكلهم وبكم محدد، أو إرغامهم أو منعهم من الأكل أو عدم تقبل بدانة أبنائهم، كلها سلوكيات تؤدي إلى تعلم أنماط من السلوك الصحي الغذائي الغير سليم.

(محمد الحجار، 1989، ص.ص 169-171)

خامسا: الإسلام والسلوك الصحي.

غير أنه في ديننا الحنيف تراث زاخر عالج منذ القدم مشكل الصحة والسلوكيات الصحية وحتى الأمراض النفسية والوبائية. وقدم من خلال الآيات القرآنية والحديث النبوي الشريف أمثلة دقيقة ثبتت صحتها. ومازالت تظهر قدرتها على معالجة المشاكل الصحية يوما بعد يوم. وسنتناول فيما يلي بعض السلوكيات الصحية للوقاية الطبية على سبيل المثال لا الحصر:

1. **نظافة البيئة المحيطة بالإنسان:** والمقصود هنا نظافة الجسم، المسكن، الطرقات والأحياء أين يقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: "نظفوا أفنيكم ولا تشبهوا باليهود" ويقول: "إن الله نظيف

- يحب النظافة" الترميذي. ونهى الرسول (ص) عن التبول في مناطق الظل لأنها تعتبر جوا ملائما لنمو وعيش أغلب أنواع البكتيريا وبويضات الديدان لخلوها من تأثير أشعة الشمس.
2. **حفظ الطعام والهواء والماء من التلوث** : تعتبر السبل الثلاث أسهل طرق انتقال العدوى والمرض، فكما يقال المعدة بيت الداء. وأساليب الغذاء الغير سليمة تؤدي حتما إلى الإصابة بالمرض كالتيفوئيد والتهاب الكبد الفيروسي، حيث تتقل للمريض عن طريق اللمس. ولهذا نجد أن رسول الله(ص) خصص اليد اليمنى للأكل والمصافحة، واليسرى لمباشرة الأذى والخلاء، وهي ثقافة صحية في أرقى مستوياتها حتى قبل أن تكتشف الجراثيم الدقيقة.
- ومن جهة أخرى فإن تلوث الهواء يؤدي إلى اضطرابات التنفس و الأمراض كالأنفلونزا والسل والحصبة وهنا أيضا نجد أن رسول الله (ص) أوصى بعدم النفخ في آنية الأكل والشرب، وتغطيتها كما يغطي الوجه أثناء التثاؤب والعطاس.
- سبيل الماء هو الآخر من السبل الناقلة ل الأمراض البوائية خاصة إذا كان راكدا، فيعتبر الوسط الملائم لنمو الكثير من البكتيريا كالكوليرا والسالمونيلا ... وبعض الديدان لإكمال دورة حياتها خارج جسم الإنسان، لهذا نهى نبي الأمة عن التبول في الماء الراكد وربط قرب الماء وعدم الشرب من فم السقاء .لأن في الميليمتر الواحد من اللعاب بلايين الجراثيم، فعندما تخرج هذه الجراثيم من فم الشارب وتصب في السقاء تصبح مصدر شرب للآخرين ولك أن تتصور سرعة وكم انتقال الجراثيم.
3. **عزل المرضى والحجر الصحي**: وهذا الأدب لم يكن معروفا قبل مجيء نبي الأمة، والغرض منه منع انتشار الأمراض والأوبئة وهذا لقوله صلى الله عليه وسلم: "لايوردن ممرض على مصح"، وقوله أيضا: "إذا سمعتم بالطاعون في أرض فلا تدخلوها وإن كان وقع بأرض وأنتم فيها فلا تخرجوا منها" رواه الشيخان.
4. **تجنب أكل لحوم بعض الحيوانات**: مثل الكلب والخنزير أو الميتة وشرب دمها، وذلك لأنها ناقلة لكائنات دقيقة خطيرة، ودم الحيوانات الميتة أيضا يسمح بانتشار سريع للطفيليات التي تكون سامة، فالخنزير وحده يصاب بعدد من الأمراض البوائية لا تقل عن 450 مرضا ويقوم بدور الوسيط لنقل أكثر من 75 مرضا وينقل 27 مرضا إلى الإنسان و 16 مرضا عن

طريق تناول لحمه ومنتجاته، وهذا مصداقا لقوله تعالى: "حرمت عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير" المائدة الآية رقم 3. (عبد الجواد الصاوي، 2006.1.6)

5. الصوم كعادة صحية مؤكدة: يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "المؤمن يأكل في معي واحد والمنافق يأكل في سبعة أمعاء" وهذا يعني أن المنافقين يعانون من الشبع الزائد حتى التخممة. وهذا يورث البلادة ويعيب القلب ويكثر البخار في الدماغ، والتقليل من الطعام أو الأكل قدر الحاجة كما يقول عليه السلام: "حسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه" يورث الصفاء والبديهة والخفة. ناهيك عن الأضرار التي يسببها الأكل الزائد عن الحاجة من سمنة ومخاطرها، ومن تكس مهول من الشحوم ومرض القلب وداء المفاصل، وهذا ما يعانيه 58 مليون أمريكي بسبب البدانة. وتوفي بسببها 300 ألف منهم سنويا. ضف إلى ذلك مرض السكري الذي أصبح شائعا حيث تشير OMS إلى أن نسبة الإصابة به سنة 2000 وصلت إلى 24% وتوقعت أن ترتفع إلى ربع سكان العالم سنة 2001 و300 مليون سنة 2010، وعدد الوفيات بهذا المرض حوالي 50 مليون (1990) كما وجد أن 75% من هذه الوفيات تحدث بسبب مرض القلب الذي يكون السكري سببا له.

(سامي الموصل، 2004، ص.ص. 125-126-137)

6. الرضاعة كسلوك صحي طبيعي: يحافظ على صحة الأم والطفل معا، فحليب الأم يحتوي على بروتينات أكثر إفادة من الاصطناعي، فقد أشارت التحاليل إلى أنه يحتوي -حليب الأم- على الأملاح والبروتينات في مرحلة النمو السريع. وفي المرحلة النهائية يحتوي على الدهون والسكريات، حيث الحركة والمجهود المتزايد، كما أنه لا يتعرض للتلوث البيئي لأنه يأخذه من صدره الطبيعي مباشرة. وهذا مصداقا لقوله تعالى: "والمرضعات يرضعن أولادهن حولين كاملين". (عز الدين فراج، 1984، ص19)

ملخص

يعتبر السلوك الصحي كغيره من السلوكيات التي يكتسبها الفرد نتيجة خبراته الشخصية أثناء تفاعله مع الآخرين، ومع ما يحيط به من بيئة فيزيقية واجتماعية، واقتصادية وتعليمية، حيث أن الأطفال يتعلمون سلوكياتهم الصحيّة من الوالدين والإخوة والأصدقاء، إذ أن غياب الثقافة الصحيّة عند الأهل ينعكس على الأبناء، فيتبعون القواعد الصحيّة الغير سليمة مما يؤدي إلى تهديد صحتهم وحياتهم في غالب الأحيان، وهذا يوضح مدى ارتباط عاداتنا الصحيّة بأساليب ونوعية الحياة التي نعيشها. فتختلف هذه العادات من الريف إلى

المدينة وبين طبقة الأغنياء والفقراء، كما تختلف بين المتعلمين والأميين وكذا بين العاملين والبطالين. لهذا فإن الفصل التالي سيكون حول نوعية الحياة التي يعيشها الفرد ومدى ارتباطها ببعض الأنماط السلوكية.

الفصل الثالث

نوعية الحياة

➤ تمهيد

➤ أولاً: مفهوم نوعية الحياة

➤ ثانياً: بعض المصطلحات ذات العلاقة بنوعية الحياة

1. أسلوب الحياة

2. نمط الحياة

➤ ثالثاً: مستويات نوعية الحياة

➤ رابعاً: مؤشرات نوعية الحياة

1. مؤشرات شخصية

2. المؤشرات البيئية

➤ خامساً: بعض الدراسات التي تبين علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي

➤ سادساً: بعض العادات الصحية لتحسين نوعية الحياة

➤ سابعاً: مقاربات نظرية في تفسير نوعية الحياة

➤ ملخص

تمهيد:

أصبح التحدي الكبير أمام الدول خاصة منها النامية هو تحقيق التنمية بجميع مجالاتها ومستوياتها. والحديث عن التنمية لم يعد له قيمة فعلية دون الحديث عن نوعية الحياة التي يعيشها أفراد هذه المجتمعات خاصة الفقيرة منها. وللوصول إلى تنمية مستدامة لابد من توفر مستويات-على الأقل مقبولة- ل نوعية الحياة والتي تتطلب دخلا عاليا، واكتفاء ذاتيا، وفقرا أقل، وبيئة نظيفة وانتشار الوعي الثقافي. وطبعا هذا لا يتأتى إلا بترقية الخدمات الصحية إذ هي البؤرة الرئيسية للتحسين والرفع من مستوى نوعية الحياة التي يعيشها الفرد، وهذا بتوفير المسكن اللائق والبيئة الصحية. وأيضا إتباع السلوك الصحي في جميع مجالات الحياة اليومية. فقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن نوعية الحياة ترتبط ارتباطا وثيقا بحدوث المرض والوفاة أيضا، وهذا بسبب حوادث السيارات والحوادث المنزلية، والأمراض النفسية الناجمة عن الضغوطات، والازدحام وضيق المساكن وعدم الاهتمام بالبيئة التي نعيش فيها.

أولاً: مفهوم نوعية الحياة:

إن مفهوم نوعية الحياة من أعقد المفاهيم وهذا لطبيعته التجريدية والديناميكية، حيث من الصعب إعطاء تعريف موحد ل نوعية الحياة بسبب اختلاف المؤشرات التي يستدل بها عليه، وبالتالي فإن نوعية الحياة في المجتمعات الصناعية تختلف عن نوعية الحياة التي تسود مجتمعات العالم الثالث، وفي هذا الإطار تبرز حقيقة أساسية تشير إلى اتفاق نوعيات الحياة المختلفة حول طبيعة الحاجات التي ينبغي أن تشبع، غير أنها تختلف من حيث ترتيب هذه الحاجات ومن حيث أولويتها وأهميتها بالنسبة للحاجات الأخرى.

(محمد الجوهري، 1997، ص109)

تعريف نوعية الحياة:

كما سبق وأن أشرنا فإن نوعية الحياة مفهوم واسع مترامي الأطراف يعكس علاقة الإنسان بمحيطه الذي يعيش فيه ومدى هذا التفاعل، فنجد أن كل تعريف تقريباً يعرف نوعية الحياة حسب الموضوع المدروس. وفيما يلي بعض التعاريف التي حاولت توضيح أبعاد هذا المفهوم:

- **تعريف OMS:** حسب المنظمة العالمية للصحة فإن نوعية الحياة هي: "كيفية إدراك الفرد لمكانته وقيمته في الحياة ضمن الإطار الثقافي والقيمي الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وآماله وتوقعاته وانشغالاته عموماً".
- ونلاحظ أن أهم نقطة في هذا التعريف هي **الإدراك** بمعنى كيف يرى الفرد حياته وقيمتها، وهذا يعني أنه مفهوم واسع وتتدخل في تكوينه عدة عوامل وبشكل معقد كالصحة الجسدية والنفسية، والاستقلالية وعلاقاته الاجتماعية وكذلك علاقته بالبيئة التي يعيش فيها.
- بينما في المجال الصحي يمكن فهم نوعية الحياة من وجهين: أولهما الوجه الموضوعي والذي يهتم بشروط الحياة والصحة المهنية ... الخ، وثانيهما الرؤية الذاتية والتي تدرس الإحساس بالرضا والسعادة والشعور بالراحة والرفاهية ... الخ وهذا ما يسمح بتقييم وتقدير الوضع العام للشخص وبصورة ديناميكية.

(Anne François, 10.12.2006)

- وحسب **الاتجاه النفعي** فإن نوعية الحياة تتضمن إشباع رغبات الفرد بالشكل الذي يرضيه، والمجتمع الجيد كما يقولون هو الذي يستطيع توفير أكبر قدر ممكن من وسائل الإشباع لإرضاء مواطنيه وتزويدهم بالخبرات الإيجابية. وهو بهذا يرتكز على الجانب المادي في تعريف أو تحديد نوعية الحياة وفي نفس الوقت يعتبر أن السلوكيات الأخلاقية كالكرم والإيثار يمكن أن تكون سلوكيات مرضية. (www.rppprogress.org, 10.6.2007)
- أما **علماء الاجتماع** فيرون أن نوعية الحياة تحدد بالوضعية أو الحالة الاجتماعية للجماعات من جهة، وهي هدف التطور الاجتماعي من جهة أخرى، فالرضا أو عدم الرضا عن نوعية الحياة له علاقة بشروط العيش الجيدة، كما له علاقة بشروط العيش السيئة، فالهدف من التطور أو التقدم الاجتماعي هو تحقيق وتلبية احتياجات أفراد المجتمع والجماعات قدر الإمكان.
- إذا نوعية الحياة مرتبطة بظروف وشروط العيش الغير محدودة للشخص والجماعة، فنوعية الحياة بمعنى الرضا عن الحياة وتلبية احتياجات الأفراد "هي مشروطة بمدى التوافق بين الطبقات الاجتماعية وعضوية أو انتماء الأفراد لهذه الطبقات " بمعنى كلما كان فيه توازن وتقارب في تلبية احتياجات الأفراد داخل مختلف الطبقات الاجتماعية كانت نوعية الحياة أفضل. (Srdan Vukadinovie, 10.6.2007)
- **علماء الاقتصاد** كغيرهم من العلماء اهتموا بدراسة نوعية الحياة لجعل الحياة أفضل، ومصطلح نوعية الحياة بالنسبة لهم محاولة لوصف أو تقييم لطبيعة أو شروط الحياة التي يعيشها الأفراد في مجتمع أو منطقة معينة، وتتشكل من عوامل خارجية كالإنتاج التكنولوجي والعلاقات بين الجماعات والدول، المؤسسات الاجتماعية البيئية الطبيعية. ومن عوامل داخلية تتعلق بقيم الفرد و المجتمع. غير أن هذه العوامل في تغير مستمر، فالبينة لم تكن تسترعي انتباه الباحثين بالقدر الكافي في الماضي كما هو الحال اليوم حيث أصبحت من أكبر اهتمامات الباحثين والمجتمع ككل. (S. Vukadinovie, 10.6.2007)
- وكما يبدو فإن مفهوم نوعية الحياة مفهوم تجريدي من جهة وموضوعي من جهة أخرى وهذا راجع لطبيعة المفهوم في حد ذاته، واتساع محدداته واختلاف وجهة نظر دارسيه،

وفي المقام الأول لأنه يمس الجانب الاجتماعي المعقد والمتغير للبشر عبر الزمن. ولهذا سنحاول إعطاء بعض التعاريف ملخصة حسب بعض العلماء:

✓ يعرف كل من **Clanay, Macrina, Boling** (2003) نوعية الحياة على أنها نموذج موضوعي يشمل المجال الاجتماعي، العائلي والانفعالي والجسدي وحتى المهني.

✓ ويعرفها **Llyod و Montgomery, Pacock, Titley** (2002) بأن نوعية الحياة بالنسبة للمريض هي ما يقرره هو أن تكون، أي كيف يراها ويدركها هو، وأفضل معيار لقياسها هو معرفة المناطق التي تنتشر فيها الأمراض.

✓ ويقدم **Arbona و Hunter** (1995) تعريفا مغايرا بقولهم أن انخفاض مستوى نوعية الحياة يكون بوجود وانتشار الفقر، العزلة وسوء التغذية، والإهمال ونقص مراكز الرعاية الصحية.

✓ في حين أن **Wolinsky et All** (2004) يشير إلى أن HRQOL علاقة الصحة بنوعية الحياة (Health-Related Quality Of Life) تشمل على فكرة أن الصحة ليست مجرد اختفاء أو غياب المرض. ولكن أيضا تشتمل على الوظائف الجسمية والاجتماعية والدور الذي يقوم به الشخص داخل المجتمع، كما تشمل الصحة العقلية وإدراكات الفرد حول الصحة العامة. من خلال هذه المفاهيم والتي حاولت إعطاء تعريف دقيق ل نوعية الحياة، نجد أن بعضها يركز على إدراك الفرد لجوانب الحياة التي يعيشها. وبعضها الآخر يشير إلى أهمية الجانب الصحي في تحديد نوعية الحياة ويرى **Hunter** وزميله أن البيئة معيار دقيق لقياس مستوى نوعية الحياة. بينما **Boling** ومن معه يشير إلى أنها تحوي عدة مجالات مختلفة تتفاعل في نسق واحد.

وبالاعتماد على هذه التحليلات يمكن أن نعرف نوعية الحياة على أنها "قدرة الفرد على التعامل مع معطيات بيئته، بمعنى آخر هي مدى قدرة الفرد على تحقيق الأفضل لنفسه وذلك بإدراك مسبق لقدراته الجسدية والنفسية والعقلية، وكذا توقعه للمعوقات التي يمكن أن يتلقاها من البيئة التي يعيش فيها سواء من الجانب الفيزيقي الحيوي أو الاجتماعي".

ثانياً: بعض المصطلحات ذات العلاقة بنوعية الحياة:

في الحقيقة هناك عدة مصطلحات تستخدم كمفاهيم متصلة ب نوعية الحياة تارة ومنفصلة عنها تارة أخرى، خاصة أن البعض يرى أنها مجرد تسميات صورية تعبر عن مستوى معين يعيشه الفرد، فمنهم من يستخدم مصطلح نوعية الحياة Quality of life ومنهم من يستخدم مصطلح أسلوب الحياة Style of life ومنهم من يستخدم مصطلح نمط الحياة Pattern of life أو جودة الحياة.

1. **أسلوب الحياة:** أسلوب الحياة هو: "نمط السلوكيات والعادات التي يتميز بها الفرد ويمكن تغيير أسلوب الحياة إذ لم يعد يتلاءم مع الحالة الصحية أو النفسية مع احتمال الإصابة ببعض الاضطرابات". (موسوعة شرح المصطلحات النفسية، 2001، ص 359) ويعرف أسلوب الحياة أيضا على أنه: "تغيير يدل على وحدة الشخصية النفسية المنظمة انطلاقا من خيار للقيم يساهم في تماسك صورة الذات في العالم الخارجي".

. (موسوعة علم النفس، مج3، 1997، ص 1034)

نلاحظ من خلال هذا التعريف أن أسلوب الحياة لصيق بشخصية الفرد وقدرته على اكتساب عادات تساعد في تحسين حالته الصحية والنفسية أو جعلها تسوء، وبصورة أدق أسلوب الحياة يعتمد على القرارات الذاتية المبنية على إدراكاتنا الشخصية وهو بذلك يعتبر جانبا من جوانب نوعية الحياة بشقها الفردي أو الإدراكي.

2. **نمط الحياة:**

هو اصطلاح يستخدم في الجغرافيا البشرية. يدل من خلال أعمال الجغرافيين الفرنسيين في مطلع القرن 20 على مجموعة من الأشكال المادية لوجود الجماعات البشرية التي تعيش ضمن اقتصاد مغلق أو شبه مغلق، متميزة بموضوع أساسي للنشاط الحيوي، كأنماط الحياة الرعوية، أنماط حياة تقوم على الصيد البري والبحري... الخ.

واقترح ماكساسور Max Sorre أن يشمل هذا المفهوم اعتراضا في القياس من حيث تطابق السلوك الوظيفي مع تكامل النشاط في اقتصاد ومجتمع متكاملين.

(معجم المصطلحات الجغرافية، 2002، ص.ص 868-869)

3. **نوعية:** Quality بمعنى الكيف، وهو الخاصية والجودة. ويعني المنزل الجيدة والوصف الكيفي Qualitative هو ضمان الجودة أو الجودة النوعية. فهو أسلوب للارتقاء بالمواصفات

للخدمات والإنتاج. وفي الطب يعني تقديم خدمة طبية جيدة متكاملة، ومواصفات الحياة أو جودة الحياة هو تعبير عن حالة إيجابية من الصحة البدنية والنفسية والاستمتاع بالحياة. والمقاييس الكيفية تستخدم لتحديد مواصفات الحالة النفسية بالمقارنة بالمقاييس الكمية التي تحدد درجة أو شدة الحالة.

(موسوعة شرح المصطلحات النفسية، 2001، ص299)

ثالثاً: مستويات نوعية الحياة:

من خلال تعريفات نوعية الحياة نلاحظ أنها تعتمد على فكرتين رئيسيتين أولهما تمس شخصية الفرد وكيان المجتمع وكيف يرتب احتياجاته ويدركها، والثانية هي قدرة المجتمع على تلبية هذه الاحتياجات ومعنى ذلك أن دراسة نوعية الحياة تفرض الاهتمام بأربعة مستويات هامة هي:

« **المستوى الأول:** وهو مجموعة المتغيرات الموضوعية التي تشكل مدخلات بناء نوعية الحياة، ويشكل هذا المستوى، المستوى البنائي ل نوعية الحياة ، حيث يتحدد حجم فاعلية المتغيرات بحجم الموارد التي يمتلكها المجتمع في ضوء العدالة التوزيعية لها، حيث يمكن أن تكون هناك موارد هائلة لكن لتلبية حاجات البعض دون الآخر، وبالتالي تدني مستوى نوعية الحياة لهؤلاء دوناً عن الآخرين فتتباين الشرائح الاجتماعية.

« **المستوى الثاني:** ويتمثل في المتغيرات الذاتية التي تساعد على إدراك نوعية الحياة من خلال مستويات رضا الأفراد عن مستوى الإشباع الذي تحقق لهم في المجتمع في إطار نوعية الحياة التي يعيشونها وتوقعاتهم لما هو مرغوب من نوعية الحياة هذه.

ويعتبر الرضا نوعاً من الإدراك الذاتي لفاعلية المتغيرات الموضوعية، أو لقدرة نوعية الحياة في مجملها على إشباع حاجاتهم الأساسية، ويتحدد هذا الإدراك أو مستوى الرضا بعوامل لها علاقة بالفرد كالحالة الصحية، مستوى التعليم، الدخل الفردي... الخ، وعوامل بيئية كظروف السكن والمستوى الاجتماعي، والاقتصادي للمنطقة التي يعيش فيها وفرص الترويح والمشاركة مع الآخر.

« **المستوى الثالث:** يدرس هذا المستوى طبيعة نوعية الحياة من خلال إدراك الفرد للحياة العامة في المجتمع، فبرغم أن الفرد قد يحقق مستوى عالياً من الرضا عن الحياة نظراً

لإشباع حاجاته، فإن الحياة العامة في المجتمع قد تحتوي على بعض التفاعلات التي يمكن أن تشكل مستويات رضائه عن حياته ككل إضافة إلى نظريته العامة للحياة.

٤ **المستوى الرابع:** بينما يتمثل المستوى الرابع في طبيعة النظرة إلى الحياة الفردية أو الأسرية بشكل شخصي، وفي هذا الإطار فإن الفرد قد يحقق إشباعاً لحاجاته الكائنة وبالتالي قدراً من الرضا عن الإشباع المتاح لهذه الحاجات. ولكنه مع ذلك يحقق مستويات أقل من الرضا عن حياته ككل، ويتعلق ذلك بأن ممارسة الحياة تتم في إطار ما هو كائن بالفعل إضافة إلى ما ينبغي أن يكون، فإذا كان ما هو كائن يتضمن الإشباع الذي تحقق بالفعل والذي يتناسب عادة مع مستوى الرضا عن هذه المجالات فإن ما ينبغي أن يكون يحتوي على مساحة أخرى من الإشباع الذي لم يتحقق أو الإشباع المبتغى، وبالتالي فإن الاثنين معاً يشكلان نظرة الإنسان الشاملة لحياته الشخصية ككل. وفي هذه الحالة قد تختلف درجة الرضا عن الإشباع العام المبتغى من حياته ككل وهي الاختلاف المتوقع بين الرؤية الجزئية أو الواقعية وبين الرؤية الكلية الشاملة.

(محمد الجوهري، 1997، ص.ص 110-111)

رابعاً: مؤشرات نوعية الحياة:

إنه من غير السهل تحديد مؤشرات نوعية الحياة بشكل نهائي ودقيق. وهذا راجع لطبيعة المفهوم في حد ذاته، حيث أنه مفهوم شامل لكل المتغيرات التي يمكن أن يدركها الفرد كمحددات لتقييم مستوى معيشة ومدى رضاه عن هذا المستوى، وبالتالي فإن الإدراك في حد ذاته تحكمه مؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية وكذا الأمر بالنسبة لمفهوم نوعية الحياة، حيث يمكن أن نشير إلى مؤشرات ذاتية وأخرى موضوعية والتي لها علاقة مباشرة بخصائص المحيط الذي يعيش فيه الفرد وسمات المجتمع الذي ينتمي إليه.

هذا وبعد الاطلاع على بعض الدراسات والتي حاولت تحديد مؤشرات ل نوعية الحياة وجدنا أن هناك اختلاف واضح في تحديد هذه المؤشرات، ويرجع هذا إلى أن أفراد المجتمعات تحدد أولويات تدرك من خلالها نوعية الحياة التي تعيشها. في حين تقدر مجتمعات أخرى أولويات تختلف عن سابقتها، ويعود هذا إلى الإيديولوجية المسيطرة على

المجتمع، ومدى توفر الإمكانيات لديه، وكذا لطبيعة المحيط وما يحويه من موارد. وبالتالي

فإن أهم المؤشرات التي استخلصناها من هذه الدراسات هي:

- الصحة: أو وضعية الصحة العامة (الجسدية والنفسية).
- الأمن والاستقرار السياسي.
- الحياة العائلية والسكن.
- البيئة والمناخ الجغرافي ومكان السكن.
- التعليم والثقافة والإعلام.
- العمل والدخل الفردي.
- النقل والمواصلات.
- العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي.
- الدين والمعتقدات.
- الترفيه والتسلية.
- الرضا عن الحياة والسعادة.
- التطور التكنولوجي.
- مستوى المعيشة عموماً.

وهنا يمكن تحديد صنفين من المؤشرات التي تحدد علاقة الصحة بنوعية الحياة:

1. مؤشرات شخصية:

المؤشرات الشخصية هي سمات أو خصائص الشخص التي تؤثر على إدراكه

للصحة عبر آليات متداخلة وغير مباشرة والمتمثلة خاصة في السمات أو الخصائص الديموغرافية (ديمغرافية- اجتماعية) وسلوكياته وأسلوب حياته، نظرته للمرض وأخيراً خبراته السابقة.

فالمؤشرات الشخصية وخاصة منها الديموغرافية كالسن، الجنس ومستوى التعليم

لا تتغير بسرعة، وهذا ما يدفعنا للقول بأنها ليست مهمة بشكل مباشر في إطار الصحة

العمومية بينما تعتبر في غاية الأهمية إذا ما كان المجتمع المدروس يعاني من سوء وتدهور نوعية الحياة، وهذا ما أثبتته بعض الدراسات فيما يخص بعض هذه الأبعاد. فنوعية الحياة

ببعدها البدني (حالة الجسم) هي أكثر سوءا عند النساء من الرجال وهذا على مستوى جميع مراحل العمر خاصة بين 18 و 65 سنة، في المقابل نجد أن نوعية الحياة ببعدها العقلي تختلف تماما عن البعد الأول حيث تكون أكثر تقدما وتحسنا كما أنها تتطور ابتداء من سن 45 سنة خاصة عند النساء.

وبصورة عامة نلاحظ أن بعض الخصائص التي تؤثر على الصحة أو على نوعية الحياة المتعلقة بالحالة البدنية والعقلية أو الاجتماعية كالسن، والشهادات المتحصل عليها والمظهر الجسمي أو السمعة، أو بعض السلوكيات كالتدخين والتمارين الرياضية تؤثر بأشكال مختلفة، حيث أن التدخين مثلا والبدانة يؤثران بشكل سلبي في حين أن مستوى التعليم والحركة والنشاط يؤثران بشكل إيجابي. (هذه النتائج حسب المديرية العامة للصحة بفرنسا)

2. المؤشرات البيئية:

حسب التصنيف الدولي فإن المؤشرات البيئية تصنف إلى 5 أنواع: المنتجات والأنظمة التقنية، البيئة الطبيعية وما أحدثه الإنسان من تغيرات فيها، الدعم والعلاقات الاجتماعية، السلوكيات وأخيرا مجمل الخدمات المقدمة في المجتمع كالأجهزة العامة والسياسية. فبالنسبة للإنتاج والأنظمة التقنية نجد أنها تتكون من مجموع المعاملات والوسائل المساعدة على الرفاهية وتحول دون العيش في مستوى التخلف، وهنا يمكن أن نتحدث عن الجانب المهني بشكل مباشر وكذا الجانب التعليمي والتكويني والتربوي لكل من المرضى والأصحاء عموما. أما بالنسبة للبيئة فلها أثر على نوعية الحياة خاصة إذا ما تعلق الأمر بحجم انتشار الأمراض المزمنة.

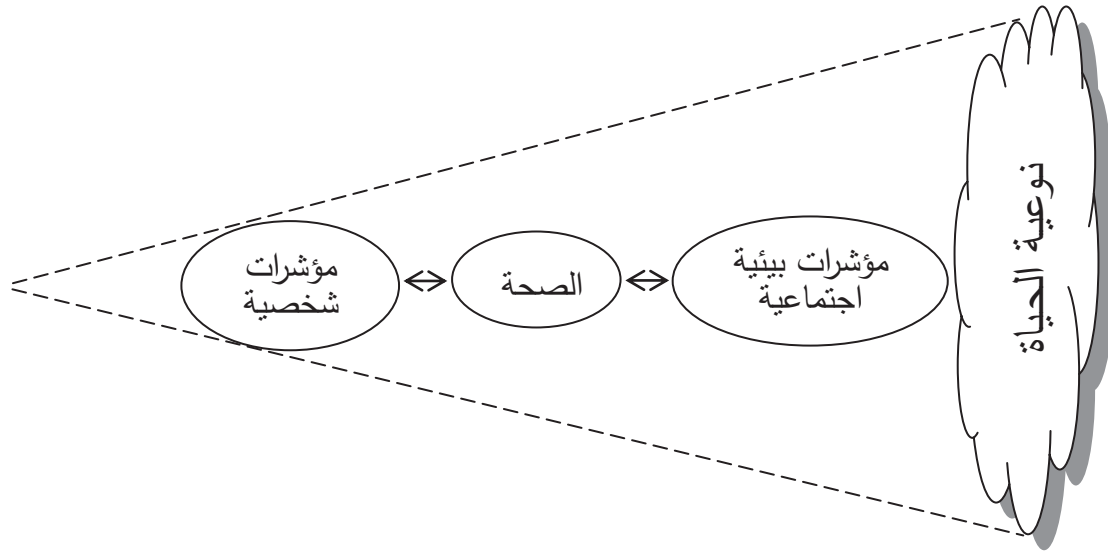
فيما يخص العلاقات الاجتماعية والدعم المقدم للمريض فإن لها الأثر الكبير في تحسن حالته المرضية. خاصة من العائلة، ف الإنسان دائم الحاجة إلى الاهتمام والحب، والحماية والمساعدة لمواجهة مآزق الحياة والتغلب على الوضعيات الصعبة التي يمر بها في حياته، وقد أثبتت بعض الدراسات وجود علاقة إيجابية بين مستوى نوعية الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض من أفراد عائلته خاصة الدعم العاطفي.

المواقف أو الأنماط السلوكية هي الأخرى - والتي لا تتعلق بالشخص في حد ذاته بل بالمحيط الذي يعيش فيه سواء القريب أو البعيد (العائلة، العمل، المجتمع ككل) - يمكن أن تظهر أو تكون كمؤشرات هامة لقياس مدى تقبل الشخص العيش والتعامل مع المرض في ظروف أقل سوءاً، ويمكن تحسين مواقف وسلوكيات المحيط البشري على المدى الطويل عن طرق الأعلام والتربية الصحية.

وأخيراً مؤشر نوعية الخدمات والأنظمة السياسية التي توفر إعانات ومخصصات مالية. بالإضافة إلى الأجهزة الإدارية لمراقبة وتنظيم طرق وآليات الرعاية والمتابعة الصحية للمرضى. (S. BRIANÇON, 24.7.2007)

ويمكن تلخيص هذه المؤشرات وعلاقتها بنوعية الحياة في الشكل التالي:

الشكل 1: مخطط يوضح آلية التفاعل بين مختلف المؤشرات المؤثرة على نوعية الحياة



خامساً: بعض الدراسات التي تبين علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي:

هناك عدة دراسات تأكدت من خلالها علاقة نوعية الحياة بالجانب الصحي البدني أو النفسي. وفيما يلي بعض الدراسات نعرضها مختصرة:

- الدراسة التي قامت بها د. **هناء الجوهري** -بالقاهرة- حول المتغيرات الاجتماعية-الاقتصادية المؤثرة على تشكيل نوعية الحياة في المجتمع المصري، وكانت العينة مجموعة من الأسر بمدينة القاهرة (1994) فوجدت أن الصحة هي من احتل المرتبة الأولى في

أولويات سكان القاهرة، ثم يليها التدين فالأسرة (وهذا حسب المؤشرات التي حددتها الباحثة)، كما أشارت أن نسبة 20.8% من إجمالي العينة أجابوا بأنهم لا يعرفون مدى استمتاعهم بحياتهم، وأن هناك علاقة طردية بين إحساس الفرد بأنه قد استمتع بحياته وبين المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وأن هناك علاقة عكسية بين القلق بشأن الجوانب الاقتصادية في الحياة وبين المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. وقد بلغت نسبة الرضا عن الحياة عند أفراد العينة 86% من بينهم 11.2% راضون جدا و 26.8% راضون إلى حد ما و 14% غير راضين. وبالتالي خلصت الباحثة إلى نتيجة مفادها أن نظرة أو إدراك الفرد لحياته العامة ترتبط بشكل طردي بالمستوى الاجتماعي-الاقتصادي الذي يعيش في إطاره، حيث يساهم هذا المستوى بما يقدمه للفرد من فرص متنوعة في الحياة في إشباع حاجاته الأساسية التي تنعكس في ارتفاع درجة رضاه عن حياته العامة في مجملها. (محمد الجوهري، 1997، ص من 122-131)

- دراسة أخرى أجريت حول الأمية البيئية للشباب بمصر وذلك بإجراء مقابلات شخصية مع عدد من أفراد العينة حول قضايا البيئة إلى جانب استمارة لكشف مدى إلمام الفرد بقضايا البيئة وسلوكيات الفرد حيالها ومعرفة أكثر الأماكن معاناة من التلوث هل القرية أم المدينة أم الصحاري، وكانت العينة تتكون من 500 فرد. فكانت النتائج المتوصل إليها كالآتي:
 - نسبة 44% يعتقدون أن الفقر هو سبب التلوث، ونسبة 48% صرحوا بأنهم يعانون معاناة شديدة من تلوث البيئة المحيطة بهم.
 - أما بالنسبة لتقدير مدى التلوث بين القرية والمدينة فإنه نسبة 68% أجابوا أن القرية أقل تلوثا من المدينة، و 82% أجابوا أن الخطر بالنسبة للتلوث في المدينة أكثر من القرية (18%) والصحراء المصرية (0%) وأن التلوث يهدد حياتهم بنسبة 80%. واللافت للنظر في هذه الدراسة أن العادات السلوكية الفردية الجيدة حيال البيئة موجودة بنسب قليلة بين أفراد العينة. (عبد الرحمن العيسوي، 1997، ص من 201-209)
- وفي دراسة أخرى قام بها **ماجد الحاج** بمدينة "سفا عمرو" بالكويت تناولت أساليب الحياة العائلية وعلاقتها بالتبذلات الاجتماعية، والسياسية، والاقتصادية على 120 عائلة تم اختيارهم عشوائيا، حيث تمت مقابلة كل من الزوج والزوجة.

توصل الباحث إلى أن معظم أفراد العينة يفضلون ما بين 4/3 أطفال في الأسرة، ووجد أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كان هناك ميل إلى قلة عدد الأولاد في الأسرة.

(محمد كميخ العتيبي، 1994، ص96)

• يعاني 20% من الناس اضطرابات في النوم أو ما يعرف بالأرق نتيجة لضغوط الحياة المتعددة، وهذه النسبة ترتفع أكثر بين سكان المدن في مختلف المجتمعات حيث تبلغ نسبة حالات الأرق التي تعود إلى تراكم الضغوط والمشكلات النفسية حوالي 50% وهذا راجع للعبء الحسي الذي يعيشه سكان المدينة وأكبر دليل هو الازدحام، والضوضاء وضيق المساكن. (غسان يعقوب، 2002، ص138)

• شهد المجتمع الأمريكي في أعقاب الحرب العالمية الثانية عهداً من الرخاء والرفاهية والوفرة، تحول فيه الاستهلاك إلى فلسفة وأسلوب حياة سائد، حتى أن اليابانيين استبدلوا ببعض قيمهم الموروثة قيم استهلاكية جديدة وهي التلفاز، والحاسوب زائد مكيف الهواء والسيارة.... فكان لهذا السلوك الاستهلاكي تبعاته على البيئة، وتشير إحصائيات البنك الدولي أن ثمة 360 مليون فرد يأكلون طعاماً غير صحي، ثم نجد طبقة عريضة من سكان العالم تعدادها 3.4 مليون نسمة يعتمدون في غذائهم على الحبوب والبروتين النباتي، أما أكلة اللحوم في العالم فقد قدر عددهم 1.2 مليون فرد ونجد بينهم أعلى معدلات الوفيات بأمراض القلب. (رجب سعد السيد، 2001، صص127-128)

• الشكاوي من آلام الظهر أصبحت سمة من سمات العصر الحديث، حيث يعاني 80% من الناس من آلام الظهر خلال فترة ما في حياتهم، وقد رجح الباحثون أن يكون لنمط الحياة العصرية خلال العقود الأخيرة علاقة بذلك. وهذا بسبب نقص النشاط الحركي وللضغوط النفسية والاجتماعية. (عبد الناصر كعدوان، 2001، ص120)

وهناك عدة دراسات أخرى أثبتت علاقة نوعية الحياة ببعض الأمراض كالسكري وضغط الدم والربو، وذلك بتأثير بعض مؤشرات نوعية الحياة كإدراك الفرد للمرض والدعم الاجتماعي والعادات السلوكية.

ساحدا: بعض العادات الصحية لتحسين نوعية الحياة:

الحديث عن تحسين مستوى الحياة بمعنى الحديث عن تحسين المؤشرات التي من خلالها تقاس جودة الحياة، وهذا لا يتأتى إلا باتباع سلوكيات صحية لتطوير هذه المؤشرات، ومن أهم هذه السلوكيات نذكر ما يلي:

❖ **النوم بشكل كاف:** يقول **ميكائيل فليمينغ** رئيس الأكاديمية الأمريكية للأطباء أن النوم ضروري للحياة والاستقرار العاطفي والمزاج الجيد ولصحة بدنية ممتازة، والحرمان من النوم يؤثر على العمليات المعرفية والتفكير عموماً.

❖ **الإفطار صباحاً كل يوم :** أشارت **ميليندا أجونسون** الناطقة باسم الجمعية الأمريكية للغذاء أن تناول الإفطار يؤخر الإحساس بألم المعدة حتى الغذاء، وبالتالي لا يضطر الفرد للأكل كثيراً بين فترة الصباح والغذاء، وأن الإفطار الجيد مكون من وجبات غنية بالكربوهيدرات والبروتين وكميات قليلة من الشحوم.

❖ **تناول وجبات خفيفة إضافة إلى الفواكه والخضروات:** التنوع في الغذاء مفيد، فالغذاء النباتي مفيد في التخفيض من خطر الإصابة بالشيخوخة، وتحسن الذاكرة وتنشط الجهاز القلبي والمناعي، وأحسن وقت لتناولها هو عند الشعور بالجوع بين الوجبات الرئيسية.

❖ **لحم السمك مصدر غني بالبروتين** والشحوم الغير مشبعة. والتي تقلل من خطر الإصابة بمرض القلب وفرط نشاط الجهاز المناعي، ومظاهر فرط الحساسية والربو والإكزيما.

❖ **الحفاظ على شرب الماء وتناول مشتقات الحليب:** هما عنصران مهمان لصحة وعمل أعضاء الجسم بشكل جيد، فعندما لا يأخذ الجسم ما يكفيه من ماء يبدأ في المحافظة على كل جزيئية من الماء وتظهر على شكل وزن زائد، ويبدأ هذا الوزن بالتناقص ما لم يحصل الجسم على ما يكفيه من ماء. كما أظهرت الدراسات أن الكالسيوم في الحليب يساعد على منع ارتفاع ضغط الدم ويمنع أيضاً تشكل الحصيات الكلوية والتقليل من حدوث أمراض القلب وسرطان الكولون والحفاظ على العظام.

❖ **حافظ على نظافة جلدك:** الجلد يبدأ بالهرم منذ لحظة الولادة وذلك وفقاً لما أقرته الأكاديمية الأمريكية لأمراض الجلد، لذلك يجب عدم التعرض لأشعة الشمس بشكل مباشر

التي تجفف الجلد وقد تؤدي إلى حروق وتوسع الأوعية الدموية، كما وقد تسبب سرطانات جلدية.

✍ **المحافظة على نظافة الأسنان :** يقول الدكتور ميخائيل رويزن في كتابه "العمر الحقيقي" أن تنظيف الأسنان يزيد في عمرها. فصحة الفم مرتبط بالصحة العامة. بالإضافة إلى أن تسوس الأسنان قد ينقل بعض الجراثيم عن طريق الدورة الدموية، حيث أن الدم يأتيها من القلب. والأسنان الجيدة تعطي الابتسامة الجميلة، ناهيك عن وظيفتها الأساسية وهي الهضم الجيد للطعام.

✍ **ممارسة تمارين رياضية ولو بسيطة كالمشي:** فكل 20 خطوة تحتاج إلى حرق حيرة واحدة. وتبلغ نسبة الناس الذين لا يمارسون الرياضة بشكل منتظم 60%، وحسب معهد السرطان القومي فإن للرياضة فوائد كثيرة منها: أنها تساعد في التحكم في الوزن، تزيد وتحفظ صحة الجسم ككل وحتى العظام والمفاصل، تنقص من تطور بعض الأمراض كالسكري وضغط الدم، بالإضافة إلى أنها نوع من التفريغ للشحنات النفسية الانفعالية الزائدة وبالتالي تحسن الحالة المزاجية للفرد. زد على ذلك أنها تنقص من خطر التعرض للموت بالأزمات القلبية والموت الباكر، وأنواع معينة من السرطان.

✍ **إقامة علاقات اجتماعية طيبة:** العلاقات الجيدة تساعد في الحفاظ على صحة بدنية وذهنية جيدة وفقاً لدراسة المنشورة في المجلة الأمريكية لسلوك الصحي (2004)، لذلك ينصح بالذهاب إلى أماكن العبادة والنوادي... الخ والتي تؤدي إلى توسع الثقافة وتنوع المعارف، تبادل المساعدات وتلقي الدعم الاجتماعي الذي يعتبر مؤشر مهم في نوعية الحياة، وأيضاً تقوية الثقة بالنفس من خلال توكيد الذات.

✍ **ممارسة هواياتك المفضلة:** ممارسة الهوايات تعطي الفرصة للاسترخاء وزيادة النشاط والمتعة والإحساس فعلاً بالسعادة، كما تساعد على حرق الطاقة بطريقة صحية أفضل من مشاهدة التلفزيون لوقت طويل. وحسب إحدى الدراسات فهي تساعد على سرعة الشفاء عند المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية بست مرات من المرضى الذين لا يمارسون هوايات معينة.

➤ **حاول دائما التخطيط والبرمجة لحياتك:** بمعنى اتخاذ القرارات المناسبة كالالتزام بعادات صحية خاصة الضرورية منها، فالتعود على عادات و سلوكيات صحية ليس بالأمر السهل بل يتطلب بذل جهد يجب أن يخطط له مسبقا. (المجلة الطبية، 2007.7.23)

سابعا: مقاربات نظرية في تفسير نوعية الحياة:

من خلال ما تسنى لنا الإطلاع عليه من تراث علمي مكتوب حول نوعية الحياة بشكل عام، نجد أنها من المصطلحات الفلسفية في الأصل، فهو مصطلح شامل شاسع لا يمكن قياسه بشكل مباشر إلا عن طريق الاستدلال عليه ب مؤشرات مختلفة، وهذا ما لم يختلف عليه أغلب العلماء الذين درسوا هذا المفهوم من جانب أو من آخر، رغم اختلاف مشاربهم وأهدافهم العلمية، إلا أنهم اختلفوا في تحديد ماهية هذا المفهوم. لهذا نجد أن مصطلح نوعية الحياة يؤول في الكتابات و الدراسات إلى عدة مقاصد، فهو تارة يعرب عن مصطلح مثالي تجريدي لا يمكن أو يستحيل قياسه مهما تطورت أدوات القياس خاصة في العلوم الاجتماعية، وتارة أخرى يترجم على أنه قيمة الدخل المالي ومستوى المعيشة حسب الدارسين في الاقتصاد، ويراه علماء النفس بأنه قدرة الفرد على إدراك ما يدور حوله، وتقييم ذاته ضمن النسق البيئي الذي يعيش فيه. بينما يؤكد علم الاجتماع على ضرورة نجاح العلاقات الاجتماعية وتأكيد الفرد لذاته من خلال دوره وتواجده ضمن الجماعة و المجتمع حتى يتلقى الدعم الاجتماعي الذي يحتاج إليه ليعيش بصورة أفضل، أي يجب أن يرضى عليه المجتمع حتى يرضى هو على حياته.

وبالنسبة للأطباء يختصرون نوعية الحياة -ويركزون- على إدراك أو كيفية إدراك الفرد لوضعيته الصحية. وما يمكنه فعله للحفاظ على صحته، وبشكل أفضل أي كيف تكون الوقاية من الأمراض بدل معالجتها ومعرفة أسبابها فقط.

والحقيقة أن نوعية الحياة بدأت دراستها بشكل علمي خلال القرن 19 أين ارتبطت بمستوى الرفاهية والخدمات الاجتماعية المقدمة لأفراد المجتمع، وكان المقصود بالرفاهية قدرة المجتمع على توفير وإشباع حاجيات مواطنيه وبهذا يعتبر مجتمع جيد ومثالي.

وكان Titumuy (1958) أول من استخدم مصطلح نوعية الحياة بوضوح من خلال مقالاته حول الرفاهية وسعادة الأفراد.

وعلى العموم هناك وجهتي نظر واسعتين ومتضادتين في نفس الوقت حاولتا تحديد ماهية نوعية الحياة، نورد هما بنوع من الاختصار:

المقاربة الأولى والتي تعرف **بالنموذج النفعي** أو التفسير المادي، ويحاول أصحابه تحديد نوعية الحياة من خلال قياسها بالاعتماد على مؤشرات ذات قيمة مادية بالأساس، فللمجتمع الجيد حسب رأيهم هو من يستطيع توفير أقصى حد ممكن من الإشباع لحاجيات مواطنيه وتعتمد في تحديد هذه المؤشرات على تفضيلات الأفراد الخاصة. ويعتبر الدخل الفردي والقومي والقدرة على الشراء وحتى العلاج ... الخ هي المؤشرات الأهم في تحديد نوعية الحياة، ومن هؤلاء نجد علماء الاقتصاد والتجارة وغيرهم من يفضلون تكميم مفهوم نوعية الحياة. وذلك بوضع دليل تصنف فيه الأفراد والدول والجماعات تصنيفاً كمياً إحصائياً دون إعطاء قيمة كبيرة لخصوصيات كل مجتمع، وهم بذلك يعتمدون على مبدأ المقارنة بين المجتمعات فيما يخص شروط العيش المادية مثل الدخل ومدى التطور التكنولوجي والعلاقات الدولية (سيطرة) والبنية التحتية للأنظمة دون إعطاء وزن كبير للقيم الاجتماعية. حتى أنهم في بعض الأحيان يتصورون أن نوعية الحياة أصبحت من الحاجيات التي يمكن تكميمها وتثمينها وبالتالي شراؤها بشراء الأسباب المادية للرفاهية.

بالمقابل فإن **المقاربة الاجتماعية** بجميع اتجاهاتها وعلى رأسهم **Z. Golubovic, V. Peçicetal** ينظرون إلى نوعية الحياة كغاية وليست وسيلة كما يفعل النفعيون، بمعنى أن

الجانب المادي وسيلة فقط لتحقيق نوعية حياة أفضل وليس هو الهدف الأول، وهذا يعني أن نوعية الحياة هي الوضعية الاجتماعية والهدف الاجتماعي في نفس الوقت. غير أن هناك عوائق كثيرة يمكن أن تعرقل تحقيق هذا المفهوم بشكل جيد. كظهور مثلث الطبقات الاجتماعية والتي تعني عدم وجود توازن في توزيع الموارد وتقييم أفراد بعض الطبقات على حساب الأخرى رغم توفر الموارد والإنتاج الكافي من الخيرات، وهذا يعود حسب هؤلاء الباحثين إلى سوء تسيير المؤسسات الإدارية والسياسية.

فعدم التوازن هذا يؤدي إلى اختلاف الحاجيات التي تحددها كل منطقة كما تختلف

طرق إشباعها، وبالتالي الاختلاف في مستويات الرضا عن الحياة، ومثال على ذلك أن الطبقة الفقيرة من أهم مؤشرات نوعية الحياة -أي احتياجاتها- هو الغذاء. والتي تحاول

توفيره ولو بالطرق الاجتماعية ، في حين أن من أولويات البرجوازيين مثلا هو استبدال سياراتهم بأحدث نوع. ففوعية الحياة هنا تكتسي بعدا إنسانيا وليس فلسفيا فقط وهي تمس جميع جوانب الحياة.

من جهة أخرى يرى هذا التيار الغير نفعي أن التكنولوجيا في حد ذاتها والتي يعتبرها النفعيون من أفضل مؤشرات نوعية الحياة قد تكون سببا في سوء نوعية الحياة ، فحسب تصورهم كلما تطورت التكنولوجيا أدت إلى الاستغناء عن الإنسان. وبالتالي تنتشر البطالة في ظل عصر المكننة ويصبح الفرد أقل قيمة في مجتمع وتتنقص قدرته الشرائية، وهذا يستلزم تدني شروط أو ظروف العيش. وتقع المجتمعات في إشكال التهميش لبعض أعضائها مما يؤدي في الأخير إلى الصراعات والتناحر قصد تغيير الوضع. إذا التناقض في ترتيب أولويات الأفراد داخل المجتمع وطريقة هذا المجتمع في تحقيقها يخلق جوا من السخط وسوء الوضع الاجتماعي بالنسبة للفرد و المجتمع معا. وقد ركز أغلب الباحثين في تفسيرهم لنوعية الحياة على التأكيد أن تحديد الحاجيات يعتبر أفضل مؤشر أو محدد لمفهوم وقياس نوعية الحياة. وصنف عدد كبير منهم هذه الاحتياجات على أساس معايير مختلفة أسموها ب"الثالوث":

1. الاحتياجات المادية: تخص البدن والسكن، الحياة بصورة عامة.
 2. الاحتياجات الاجتماعية: كالأمن والرغبة في الانتماء وبناء علاقات والحب ... الخ.
 3. الاحتياجات الشخصية: كالرغبة في تحقيق الذات وتطويرها، واكتساب المعرفة ... الخ.
- ومجموع هذه الاحتياجات تعني نوعية الحياة وتحددها.
- كما يختلف أصحاب الاتجاهين النفعي والغير نفعي في طرق قياس نوعية الحياة، حيث يركز الاتجاه الأول على التكميم وترتيب الأولويات عن طريق الاعتماد على الجانب الإحصائي سواء عن طريق البحوث أو المؤسسات النظامية، كإحصاء نسبة التلوث وعدد السكان في منطقة معينة ومدى انتشار المرض. وعموما تقاس المؤشرات الاقتصادية والديموغرافية بشكل كبير عن طريق البيانات والاستمارات المحددة، ثم تقوم بمقارنة هذه النتائج للمناطق المختلفة.

في حين يحاول أصحاب الاتجاه الغير نفعي قياس نوعية الحياة عن طريق محاولة معرفة مدى رضا أفراد المجتمع على ظروف معيشتهم وتلبية احتياجاتهم. مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصيات كل مجتمع، فالتكنولوجيا وحدها ليست معيارا كافيا أو صادقا لترتيب الدول تصاعديا.

وبين هذا وذاك يأتي الفكر البديل أو **المقاربة البديلة** لفهم نوعية الحياة على يد **John Rawls (1971)** الذي يعتبر أن الحرية في كل شيء (القراءة، التجول، الغضب) هي من أهم مؤشرات نوعية الحياة ، وهذا لأن الحرية تعني تحقيق المصالح ولكن في إطار العدالة الاجتماعية.

أما بالنسبة ل **Sen Amartya** فترى أن كفاءة الفرد وقدرته على دخول المجتمع وإثبات وجوده فيه، باستغلال الفرص الممكنة هي المحدد الرئيسي لنوعية الحياة. فحسب هذه الفيلسوفة الاقتصادية أن كفاءة الجسم والنفس التي يمتلكها الفرد أو الجماعة هي التي تسمح له بالعمل والقيام بنشاطاته السياسية والفكرية.

وهذين الرأيين ينتميان إلى نموذج النظريات الخاصة بالتطور الإنساني التي ترفض المقارنة بين المجتمعات والحكم عليها بالتقدم أو التأخر (في نوعية الحياة).

فحسب **Walza (1983)** لا يجب أن نحكم على الجانب المادي فقط بل نأخذ بعين الاعتبار الجانب أقيمي الأخلاقي، ويمكن القول أن مجتمع أفضل من الآخر فقط إذا استطاعت مؤسساته بمعية كفاءات أبنائه أن تقودهم للوصول إلى مستوى أفضل من العيش. ولتلخيص هذه المقاربات يمكن القول أن هناك اتجاهين كبيرين في تفسير ودراسة نوعية الحياة هما: الاتجاه النفعي والذي يركز على ماذا تملك؟ على اعتبار أن الأفراد والمجتمعات وحدات مستقلة منفصلة عن بعضها البعض ويعتمدون على الرؤية الشخصية للأفراد في تحديد مؤشرات نوعية الحياة.

في حين يرى الاتجاه الثاني أن الأفراد ليسوا منفصلين. ولكنهم جزء من مركب ثقافي اجتماعي يحوي عادات وأعراف وخصوصيات وقيم معينة ، وبالتالي المواقف وتحديد المؤشرات لنوعية الحياة ليست خاصة بل منبثقة من النسق الاجتماعي الكبير، لأنهم لا يملكون النسق بل هو الذي يمتلكهم لأنهم يعملون بكفاءاتهم ضمن هذا النسق.

(Theorie of quality of life, 3.7.2007)

وهكذا فإن المقاربات النظرية متعددة ولو صيغت ضمن تيارات كبرى. إلا أن نوعية الحياة تبقى مفهوما واسعا جدا تحدد أبعاده ضمن غرض الدراسات وتوجهات العلماء، وإمكانية القياس العلمي والمنهجي. وتبقى نوعية الحياة تدل على الرضا وعلى إشباع الحاجات وعلى الإحساس بالسعادة والرفاهية، وكذا على الدخل والثروة، وعلى التمتع بالصحة الجيدة وتكوين العلاقات الاجتماعية الناجحة، وعلى الحصول على الدعم النفسي والاجتماعي، وكذا تدل نوعية الحياة على العدالة الاجتماعية في توزيع وتسيير الموارد، وعلى القدرة على التكيف وتحقيق الأهداف.

كما أنها تدل على توفر بيئة فيزيقية و اجتماعية ونفسية صحية. وأخيرا يمكن الإشارة إلى مؤشر هام جدا هو مؤشر الإيمان الذي يعتبر من أهم المؤشرات عن الرضا على الحياة.

ملخص

تعتبر نوعية الحياة من المفاهيم الفلسفية التجريدية والتي حاول العلماء قياسها من خلال عدة طرق أهمها الطرق الكيفية، وذلك بمحاولة معرفة أهم مواصفات الحياة حسب أفراد العينات المدروسة وكشف وجهة نظرهم حول تقييمهم للحياة التي يعيشونها، وهذا يربطها بمفهوم الرضا والسعادة والاستمتاع بمجرياتها. كما حاول البعض قياسها كميا عن طريق تحديد مؤشرات معينة تحدد مضمونها وترتب هذه المؤشرات حسب تفضيل واهتمامات وإدراك الناس لها قصد المقارنة بين الأفراد أو المجموعات، أو المجتمعات ووضعها في سلم ترتيبي على أساس الدرجات المتحصل عليها على هذه المؤشرات. ومع أن لكل طريقة

ومنظور إيجابياته وسلبياته تبقى الحاجة إلى دراسة نوعية الحياة ووضع محددات لها من أهداف العلم الحديث، وهذا راجع إلى أهمية التعرف على نوع الحياة التي نعيشها ويعيشها الآخر بغرض تطويرها إن كانت حسنة أو تحسينها إن كانت سيئة. والدليل على هذا الاهتمام الكبير وكونها حاجة ملحة أنها أصبحت -أي نوعية الحياة - محور الدراسات الحديثة بين كل المتخصصين بمختلف مناهجهم العلمية، كالعلوم الاجتماعية والنفسية خاصة والعلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم البيئة عامة.

الفصل الرابع

سكان المدينة والريف

تمهيد

أولاً: النمو السكاني.

1. الانفجار السكاني.
2. نمو السكان والتغير في معدلات الوفيات في العالم.
3. توزيع السكان بين الريف والحضر في العالم.
4. نمو السكان في الجزائر.

ثانياً: المدينة.

1. تعريف المدينة.
2. وظائف المدينة.
3. أنواع المدن.
4. المشكلات المتصلة بظاهرة التحضر.
5. الحضرية كأسلوب للحياة.

ثالثاً: الريف.

1. تعريف الريف.
2. نمو سكان الريف.
3. المشكلات المتصلة بالمجتمع الريفي.

رابعاً: محكات التفرقة بين الريف والمدينة.

ملخص

تمهيد:

إن الاهتمام الكبير بموضوع السكان عامة وسكان الريف والمدينة بصورة خاصة ليس بالأمر المستحدث. خاصة في الأبحاث الاجتماعية، وجاء هذا الاهتمام نظرا للازدياد الهائل في عدد السكان وعلاقته بالمشكلات البيئية، حيث أن هناك من يتشائم ويقول أن الأرض لن تكفي ساكنيها إذا استمر الازدياد على ما هو عليه.

من جهة ثانية يرجع الاهتمام لدراسة سكان الريف والمدينة إلى علاقته المنطقية بقضايا التنمية وخصوصا في العالم الثالث، لهذا حاولت عدة نظريات الخوض في مسألة السكان وعلاقتها بالتطور الاجتماعي والرفاهية والجانب الاقتصادي والسياسي، وهذا في كل من الريف والمدينة، بمعنى إجراء دراسات لتبيان خصائص سكان الريف والمدينة من خلال ما يتميز به كل من الريف والمدينة، أي تحديد ملامح ونوع الحياة المعاشة في الريف والمدينة.

أولاً: النمو السكاني:

يعتبر العلامة **ابن خلدون** (1332-1406) من أوائل المتطرقين للعلاقة بين السكان والتنمية بشيء من العمق والدقة، فيشير إلى أن المجتمعات المستقرة سياسياً في مدنها والمزدهرة في أريافها يزيد إنتاجها وعدد سكانها مما يؤدي إلى زيادة الرفاهية أي تحسين نوعية الحياة، ولكن هذه الحالة لا تدوم بسبب الانحطاط الأخلاقي، ويذهب ابن خلدون إلى أن تقسيم العمل بين السكان يرفع من مستوى الحياة وهذا ما يتفق عليه أغلب علماء الاجتماع، وحسب **مالتس** فإن زيادة السكان وانخفاض معدلات الوفيات راجع للتقدم الاقتصادي والاجتماعي والصحي.

(محمد العوض جلال الدين، 1977، ص.ص 80-86)

ويذهب **ابن خلدون** إلى القول أن المجتمعات تمر خلال مراحل تطورية محددة تؤثر على عدد المواليد والوفيات في كل مرحلة، إذ يشهد المجتمع في المرحلة الأولى من تطوره زيادة معدلات المواليد ونقص في معدلات الوفيات، مما يؤثر على نمو السكان ويزيد عددهم، وعندما ينتقل المجتمع إلى المرحلة الأخيرة من تطوره يشهد ظروفًا ديموغرافية مخالفة تماماً ويوضح ذلك بالقول أن الخصوبة العالية في المرحلة الأولى من تطور المجتمع ترجع إلى نشاط السكان وثقتهم ومقدرتهم، أما في المرحلة الأخيرة من تطور المجتمع فتظهر المجاعات والأوبئة، والثورات والاضطرابات مما يقلل من نشاطهم ونسلهم.

(علي عبد الرزاق حليبي، 1998، ص 70)

ومن هذا المنطلق سنحاول التعرض إلى أهم النقاط التي تقيدها في إثراء وتوضيح

معالم هذه الدراسة.

1. الانفجار السكاني:

إن تزايد سكان العالم يشكل أكبر خطر على البيئة، ففي عام 1930 بلغ عدد سكان العالم 2000 مليون نسمة، وفي عام 1960 بلغ 3000 مليون نسمة وفي عام 1976 وصل الرقم إلى 4000 مليون وفي عام 1990 قفز العدد إلى 5292 مليون نسمة. وجاء

في مؤتمر السكان الذي عقد بالقاهرة عام 1994 أن في العالم اليوم 5 بلايين و230 مليون نسمة، فهذا التزايد يعطي دلالات على أنه في عام 2030 سيصل العدد إلى أكثر من سبعة بلايين نسمة مما ينتج عنه مشكلات بيئية هائلة كزيادة التلوث واستفحال وانتشار الأوبئة وغيرها.

ففي الوقت الراهن يعيش حوالي 80% من سكان العالم في أقل المناطق نموا في العالم وبالتالي سيواجهون مشكلة الغذاء، فمن بين 60 مليون متوفي سنويا نجد من 10-20 مليون ومعظمهم أطفال يموتون جوعا. وأن أكثر من نصف سكان العالم يعانون من سوء التغذية خاصة في المناطق الريفية المزدهمة، لذا لابد من الموازنة بين معدلات النمو السكاني والموارد الطبيعية لحماية البيئة.

(عصام قمر، 2005، ص60)

أما الوضع الديموغرافي في البلدان العربية في 25 سنة الأخيرة فتميز ب:

- ارتفاع معدل الولادات بمقدار 40-50/1000.
- انخفاض معدل الوفيات إلى درجة 10/1000 نتيجة العناية الصحية -وليس التطور الاقتصادي- والتطور الصحي وتوفر وسائل مكافحة الأوبئة.

(راضي عبد النبي، 1990، ص228)

2. نمو السكان والتغير في معدلات الوفيات في العالم:

لقد كانت معدلات المواليد والوفيات في العالم حتى الثلاثين سنة الماضية مرتفعة جدا ووصل كل منها إلى مستوى يساوي في معظمه المستوى الذي يصل إليه الآخر، غير أن معدلات الوفيات كانت تميل إلى الاختلاف من سنة لأخرى وبشكل ملفت للنظر فنتيجة لسوء التغذية والأمراض المعدية قضى الموت على ربع سكان أوروبا تقريبا في الفترة الممتدة بين 1347-1352م، ولكن بدأت هذه المعدلات تتخفص ببطء في القرن الثامن عشر نتيجة لتوافر الغذاء، ثم بدأ معدل الوفيات في الانخفاض أكثر مع نهاية القرن التاسع عشر نتيجة لتحسن الخدمات الصحية وخاصة الصحة في المدن، والتقدم الطبي في مجال الوقاية من الأمراض المعدية.

كما اختلفت معدلات الوفيات من سنة لأخرى في البلاد غير المتقدمة اقتصاديا -النامية- إذ ظلت هذه المعدلات عالية حتى نهاية الحرب العالمية الثانية ثم انخفضت بسرعة غير أنها ظلت مرتفعة مقارنة بمعدلات الأمم المتقدمة. نتيجة لحالة التخلف الاجتماعي وسوء التغذية والظروف المعيشية غير الصحية.
(علي حلي، 1998، ص.ص 56-57)

3. توزيع السكان بين الريف والحضر في العالم:

في كل أرجاء العالم والبلاد المتقدمة أو النامية أدى التركيز المتزايد للسكان في مجموعات حضرية كبيرة فضلا عن تيارات الهجرة المصاحبة لذلك إلى ظهور مشكلات عديدة -بيئية وطبيعية، وشخصية، واجتماعية، واقتصادية وسياسية-. إذ تعتبر صور البؤس الإنساني الناجمة عن المعدلات المتعجلة للتحضر أكثر وضوحا في البلاد النامية بسبب الظروف الأكثر شدة للحياة ذات الصلة بالفقر والمعدلات الأكثر سرعة للتحضر والهجرة الداخلية. ورغم أن البشرية قد مضى عليها أكثر من 4 مليون عام على سطح الأرض إلا أن التحضر بمعنى ظهور تجمعات سكانية يطلق عليها اسم المدن تعتبر حديثة نسبيا، فمن متطلبات المعيشة في تجمعات كهذه التقدم التكنولوجي والتنظيم الاجتماعي ولم تتوفر هذه في تجمعات الحضر حتى عام 5000 إلى 3500 قبل الميلاد. وفي عام 1800 كان هناك ما يقل عن 3% من سكان العالم يعيشون في أماكن حضرية. وقد تزايد التحضر في العالم ما بين 1970 و 2000 حسب توقعات الأمم المتحدة بمعدل 2.8% سنويا وزاد التحضر في البلاد النامية حوالي 3.8 سنويا، بينما بلغ النمو الحضري في العالم ككل 66% من إجمالي نمو سكانه. أما في البلاد المتقدمة فإن المناطق الحضرية سوف تستمر لدرجة أن سكان الريف سيتناقصون فعلا مدة ثلاثين عاما وحتى نهاية القرن. وبالمقابل فإن عدد سكان الحضر في الدول النامية قد يزدوا مرتين على سكان الحضر في البلاد المتقدمة وذلك ب 2 بليون مقابل 1.1 مليون. (علي حلي، 1998، ص 384)

4. نمو السكان في الجزائر:

إن المتتبع للمعطيات الإحصائية عن سكان الجزائر منذ بداية الاحتلال (1830) وحتى أول إحصاء للسكان في عهد الاستقلال (1966) يلاحظ أن نمو السكان قد مر بثلاث مراحل متباينة: المرحلة الأولى من 1830-1886 وتعرف بمرحلة الركود والتراجع حيث بلغ عدد السكان 2462935 نسمة سنة 1876 بعد أن كان 3 ملايين في 1843 ويعود ذلك إلى الأمراض والأوبئة خلال 1851، 1866، 1868 والحروب وانخفاض المستوى الصحي العام لقلة المصحات والأطباء (50 وفاة في الألف)، ثم تأتي مرحلة النمو السكاني البطيء وتمتد من 1886 إلى 1921 وكانت فيها الزيادة طبيعية وتتراوح بين 0.4 و 1.7%، بعدها مرحلة الانفجار السكاني من 1921 إلى غاية يومنا هذا فأصبح عدد السكان 10637896 سنة 1960 (محمد السويدي، 1990، ص 70)، ليتضاعف ثلاث مرات ستة 2004 بمقدار 32075000 و 33656806 سنة 2005، وهذا راجع إلى عدة عوامل منها التحسن في الخدمات الصحية غير أن هذا التزايد تبقى لديه مخاطره الحاضرة والمستقبلية.

أما بالنسبة لتوزيع السكان بين الريف والمدينة فإن نسبة 25% من السكان في الحضر سنة 1962 و 43% سنة 1980، والنسبة في ارتفاع مستمر رغم الإصلاحات الحادثة في الريف. ويتوقع الخبراء أن تصل نسبة السكان في المدن إلى 75% في سنة 2000 وبالتالي نسبة 25% فقط من سكان الريف وهي النسبة التي كانت عليها المدن سنة 1962. (Rachid Hamidou, 1989, P131)

ثانيا: المدينة:

لقد اهتم علم الاجتماع الحضري بدراسة المدينة التي أصبحت ظاهرة طاغية وتفرض نفسها على الباحثين في الميادين الاجتماعية باختلاف توجهاتها، وهذا راجع للمشاكل التي أصبحت تعاني منها هذه المناطق التجمعية للسكان من ازدحام وضوضاء وبالتالي دراسة الحياة الحضرية.

الفصل الرابع: سكان المدينة والريف

1. تعريف المدينة:

إن محاولة وضع تعريف دقيق ل لمدينة صعب بالنسبة للباحثين خاصة على أساس توجهاتهم ومنطلقاتهم الفكرية، فمنهم من تصور المدينة امتداد للقرية على افتراض أن هناك تدرجا مستمرا بين ما هو ريفي وما هو حضري، ومنهم من عرفها في ضوء عدد السكان أو هي كل ما يطلق عليه مدينة عن طريق إعلان رسمي حسب رجال القانون (حسين رشوان، 1998، ص.ص 57-58) ويدرسها السياسيون على أساس أنها مركب من وحدات حاكمة. والاقتصاديون باعتبارها منشأة ومولدة للنشاط التجاري والصناعي، والجغرافيون وخبراء الدراسات السكانية من حيث نموها وحركة الناس فيها إلى غير ذلك من الاصطلاحات والتعريفات التي تختلف باختلاف مشارب العلماء والباحثين.

(جابر عبد الحميد جابر، 1991، ص 399)

غير أن علماء الاجتماع يضعون في اعتبارهم سؤالاً مهماً ل دراسة المدينة: لماذا تعتبر المدينة كقالب للحياة الاجتماعية متميزة عن غيرها من أنواع الحياة الاجتماعية الأخرى؟ فهو يدرس العلاقات الاجتماعية الخالصة واللاإرادية للإنسان. وقد قام العالم ماكس فيبر Max Weber بالتركيز على أن الحياة الحضرية كقالب للوجود الإنساني في تعارضه مع الحياة الريفية، إذ تختلف عناصر الحياة في الحضر عنها في الريف وكذلك أنماط الحياة في كليهما.

(غريب أحمد، 2006، ص 78)

فلمدينة حسب روبرت دارك ذو التوجه الأيكولوجي تتألف من مناطق طبيعية، حيث تتميز كل منطقة بمجموعة من الخصائص التي تميزها عن غيرها سواء من حيث الخلفية الإيثنية أو التجارية، كما أنه كان يعتبر المدينة مختبرا علميا لعلم الاجتماع (عايد الوريكات، 2004، ص 129).

إلا أن معظم الباحثين حاولوا تعريف المدينة من خلال ما تتميز به من خصائص. وربما أحسن التعاريف وضوحا الذي قدمه سوروكن وزيمرمان وذلك بذكر خصائصهما التي تميز عن الريف كالمهنة، والبيئة، وحجم المجتمع، وكثافة السكان والتجانس ولاتجانس بينهم، والتنقل والتشريع الاجتماعي والتفاعل.

الفصل الرابع: سكان المدينة والريف

إذا فالمدينة من الناحية السوسيولوجية البحتة عبارة عن فكرة مجردة. ولكن العناصر التي تتكون منها كالإقامة والمواصلات والبناءات عبارة عن موجودات مشخصة لها طبائع مختلفة. (غريب أحمد، 2006، ص.ص 80-81)

وهكذا تعتبر المدينة ظاهرة اجتماعية، فهي أكثر من مجرد جزء من أجزاء المجتمع فهي تمثل حقيقة اجتماعية، وتعد تعبيراً عن الممارسات الجمعية للسكان الذين يعيشون ويعملون معاً. في المدن تتجلى ارتباطات الناس بعضهم ببعض وتتبدى العلاقات الاجتماعية المتبادلة والإنجازات الحضرية وفي المدينة أيضاً تظهر المشاكل الاجتماعية الحضرية. (حسين رشوان، 1998، ص.ص 57-58)

2. وظائف المدينة:

للمدينة وظائف بارزة ومهمة في نفس الوقت جعلتها تمتاز بكونها أكثر تفضيلاً من قبل السكان في جميع أقطار المعمورة، وهذا لقضاء حوائجهم وتحسين نوعية حياتهم ومن أهم هذه الوظائف:

أ. **الوظيفة الإدارية:** باعتبارها مقر السلطة العامة داخل وخارج حدودها، وهذا بما تتميز به من مراكز إدارية في جميع الميادين الصحية، التعليمية، العسكرية... إلخ. فتتميز بالازدهار الاقتصادي، والأموال والاستثمارات في جميع المجالات.

ب. **الوظيفة التجارية:** باعتبارها مركز تجمع سكاني فبالضرورة ستصبح مركزاً تجارياً حتى لسكان الريف الذين يبيعون منتجاتهم داخلها لشراء ما يحتاجون، فتتميز بالأسواق الكبيرة والمتنوعة والمؤسسات التجارية والمصرفية والمخازن... إلخ.

ج. **الوظيفة الصناعية:** إن التطور الصناعي الحاصل داخل المدن يرجع إلى جانبين مهمين وهما التقدم العلمي والطلب المتزايد على السلع. وكلها متوفر في المدينة باعتبارها تحوي المعاهد والمؤسسات التعليمية، كما تحوي عدداً هائلاً من السكان. بالإضافة إلى مصادر الكهرباء والماء، وخدمات النقل واليد العاملة. ويعتبر التصنيع من إفرازات التحضر. (غريب أحمد، 2006، ص من 81-84) كما تعتبر الوظيفة من إفرازات التحضر أيضاً فحتى أبناء الريف ينفصلون عن أسرهم للعلم والدراسة في المدينة بسبب الرغبة في العمل والتخفيض من الثقل الاجتماعي والاقتصادي للأسر الريفية، وحتى هذه الوظيفة لها تأثير

بالغ على سلوكيات الإنسان الريفي الذي يعيش حياة الحضر، وهذا راجع لتشابك العلاقات المختلفة والتي تؤدي في النهاية إلى تحديد طرق السلوك الفردي.

(عبد الرسول الموسى، 1988، ص134)

د. **الوظيفة الثقافية والاجتماعية:** إن التطورات الصناعية والإدارية ليست كل ما يهم المدن، بل حتى تنمية الجوانب الاجتماعية والثقافية من مهام المدن الكبرى. فالأعمال الفنية والإبداعات الأدبية، وتطوير العلاقات الاجتماعية، وتحسين الخدمات الصحية والتعليمية والترفيهية هي الأخرى من الأهداف التي تصبو إليها المدن.

(غريب أحمد، 2006، ص.ص 84-85)

3 أنواع المدن:

حاول العلماء تصنيف المدن إلا أن الأمر لم يكن بالسهل، حيث اختلف الباحثون حول معايير تصنيف المدن ومن ثم ظهر عدد من التقسيمات تستند إلى معايير مختلفة، ومن أهمها الآتي ذكره:

1.3 تقسيم المدن حسب حجمها:

وهو من أبسط التقسيمات وخاصة عند التفرقة بين الريف والحضر، وكان ذلك على يد كل من Mann مان وDuncan دنكان وReiss ريبس فسميت المدن الصغيرة Town التي تتميز عن الوحدات الصغرى (القرى) والكبرى (المدن) و المدينة الصناعية التي تتميز بتجمعات العمال والورش الصناعية، وما يعرف المدينة الكبيرة هي عصب الحركة الصناعية والتجارية.

2.3 تقسيم المدن حسب عدد السكان:

ففي فرنسا كل تجمع سكاني يبلغ أو يزيد عدده عن 2000 أو 2500 يعتبر مجموعة حضرية، وكل تجمع سكاني يقل عن هذا العدد يعد من الريف، وبذلك تقسم المدن إلى صغيرة، متوسطة، كبيرة حسب عدد السكان المتواجد في كل بلاد.

3.3 تقسيم المدن من حيث الوظائف التي تؤديها:

حسب ما تم عرضه سابقا لوظائف المدن فإنها تنقسم إلى مدن صناعية، إدارية، تجارية، سياسية، ثقافية، اجتماعية، صحية وترويحية وكذا مدن متعددة الأغراض.

4.3 تقسيم المدن من حيث درجة تقدمها:

حاول ثورنديك تقسيم المدن من حيث كمية ونوع الخدمات التي تؤديها لسكانها، فقسم الخدمات إلى 37 نقطة تقع في ستة أقسام عامة: الصحة، التعليم، الترويح، الاقتصاد، التسهيلات عامة ثم نثرات، واكتشف من هذه الدراسة أن هناك ارتباط عام بين التقدم والتأخر في المدن، فالمدن التي بها نسبة تعليم مرتفعة مثلا يكون سكانها أحسن حالا من الناحية الاقتصادية والصحية والترويحية.

(حسين رشوان، 1998، ص من 70←75)

4. المشكلات المتصلة بظاهرة التحضر:

يصاحب النهضة الصناعية عادة وكذلك ارتفاع مستوى الحياة الحضرية عن الحياة الريفية عدة مشاكل لا يمكن حصرها بدقة ولا حتى تحديد آثار الحياة في المدينة بشكل واضح. بسبب تداخلها وتبادل الأثر بين جميع هذه الظواهر. لهذا سنحاول ذكر أهم وأبرز المشاكل التي يتعرض لها الفرد والمجتمع في المدينة:

× الهجرة من الريف إلى المدينة وما ينجم عنه من مشاكل الاكتظاظ السكاني والازدحام في المساكن والشوارع. (علي فؤاد أحمد، [د،ت]، ص 43)

× انتشار البيوت القصديرية بكثرة وبشكل عشوائي حيث أصبحت هذه البيوت تشكل نسبة ثلث السكان في المدن الكبيرة.

× ظهور الطبقة الناتجة عن وجود فروق بين سكان المدينة وسكانها المهاجرين من الأرياف على عدة مستويات خاصة منها التعليمية والمالية.

× انتشار ظاهرة البطالة بسبب الاكتظاظ السكاني والنزوح الريفي.

× استفحال الظواهر اللاأخلاقية بسبب ما تتميز به العلاقات الاجتماعية في المدينة من برودة وانفصال اجتماعي بين أفرادها جريا وراء لقمة العيش.

الفصل الرابع: سكان المدينة والريف

x انتشار الفقر وتدني مستوى المعيشة خاصة في الأحياء القصديرية وما يترتب عنه من سوء التغذية والسكن الغير لائق ... إلخ.

(فرج السطنبولي، 1978، ص من 40←50)

x عودة ظهور الأمراض الخطيرة من حيث أن الفقر يمس 60% من سكان المعمورة. ومهما زادت الاستثمارات فإن أكثر من 3/1 من الحضريين لا يملكون مسكناً مريحاً، و 40% لا يصلهم الماء، ويفتقدون للتجهيزات الصحية اللازمة بفعل الزيادة السريعة وانحطاط الوسط الحضري، ف 600 مليون نسمة على الأقل تتضمن أكثر من 50% من الأطفال يعيشون بالمدن والمدن النصف حضرية في ظروف تمس بخطورة صحتهم وتضع حياتهم في خطر. (عبد الحميد دليمي، [د،ت]، ص 37)

x تفاقم المشاكل البيئية في المدن من تلوث المياه، والهواء، وما له من تأثير سلبي على صحة الإنسان خاصة على مستوى الجهاز التنفسي، ويمكن أن يؤدي إلى كوارث حقيقية عند سكان المدن الملوثة. كما حدث في مدينة دوروتا بولاية بنسلفانيا الأمريكية عام 1948 حيث أصيب 6000 شخص من أصل 12300 شخص بأمراض تنفسية وتوفي 20 منهم. وكذلك ما يسبب تلوث المياه والجو عموماً.

(عبد الرحمن أبا الخيل، 2005، ص.ص 226-227)

x العبء الزائد كما يسميه المختصون، حيث يرى أصحاب هذا التصور أن سكان المدن يتعرضون لفيض من المثيرات السمعية والبصرية ولزخم من أفعال الآخرين ومطالبهم ويواجهون بدائل لا حصر لها ليختاروا من بينها. وقد أشار **جلاس وسنجر** إلى الانعصاب أو الضغط البيئي في فهم استجابات الحياة الحضرية وتفسيرها، وهذا لوجود مثيرات سلبية كالضوضاء والزحام، والخوف من التأخر، أو التعرض للجريمة مع إيقاع الحياة السريع، فالمدن الكبرى تعرف بانتشار مخيف للجرائم حسب استطلاع للرأي خاص بسكان المدن. (جابر عبد الحميد جابر، 1991، ص.ص 402-403)

5. الحضرية كأسلوب للحياة:

إن التحضر والتيف (Urbanisme/Ruralisme) يطلقان على أسلوب الحياة الذي يتبعه الناس مثل أنواع السلوك والمعتقدات والنظم والعلاقات. ورغم أن **دنكن Duncan** و**ريس** أشارت إلى صعوبة تحديد خصائص قاطعة تميز سكان الريف والحضر في تصورها لنظرية المتصل الريفي-الحضري، إلا أن الأمر غير ذلك فمن المستحيل التغاضي عن الأمور الملاحظة واقعيًا من فروقات بين الريف والمدينة وعلى جميع المستويات، ونحن بهذا لا ننفي وجود صعوبة تعترض الباحثين في الوصول إلى طريقة ناجحة لفهم أنماط الحياة الريفية والحضرية وأسلوبها. ولعل أكثر المحاولات جدية في دراسة نوعية الحياة الحضرية كانت على يد **ورث لويس L. Wirth** في مقاله "الحضرية كطريقة للحياة"، أين وصف المدينة على أنها شكل خاص للترابط البشري يتميز بمظاهر خاصة ذات الدلالة القطعية للحياة الحضرية. ويؤيد هذا الاتجاه أصحاب نظرية الثقافة الحضرية والتي يعد **ورث** من أبرز ممثليها. (غريب أحمد، 2006، ص.ص 174-176) والذي ركز في طرحه على خصائص المجتمع والثقافة الحضرية، فكما يبدو أن هناك قدرًا ملحوظًا من الاتفاق بين الدارسين على أن المدينة كنمط تنظيمي من الحياة الاجتماعية تتكون من أبعاد عديدة أهمها البعد السياسي (بناء القوة) والبعد السكاني (توزيع جغرافي) والبعد الثقافي (كأسلوب الحياة)، هذا الأخير الذي يشكل محور اهتمام **ورث** الذي قدم مساهمة متميزة في دراسة المدينة، وهذا بتأكيد فكرة أساسية هي أن المدينة بخصائصها الثلاث ترتبط بطبيعة الحياة في المدينة وشخصية ساكنها. ف**ورث** يبدأ بقضية أساسية وهي أن الحضرية أسلوب حياتي (لا تعبر الحضرية عن الحجم والكثافة واللاتجانس بقدر ما تتمثل في القدرة على تشرب نمط الحياة الحضرية والتكيف وواقع البناء والتنظيم الاجتماعي القائم) له سماته وخصائصه. والنقطة الأخرى التي اهتم بها **ورث** في أبحاثه هي تناوله للحضرية كأسلوب للحياة من خلال ثلاث منظورات ترتبط فيما بينها ارتباطًا وثيقًا:

- **المنظور الأول:** النظر إلى الحضرية كبناء فيزيقي يتضمن أبعادا سكانية واكولوجية وتكنولوجية.

- **المنظور الثاني:** النظر إلى الحضرية كنسق من التنظيم الاجتماعي، يتضمن بناء اجتماعي مميزا، ومجموعة من النظم الاجتماعية ونمط محدد من العلاقات الاجتماعية.

- **المنظور الثالث:** هو النظر إلى الحضرية كمجموعة من الاتجاهات والأفكار تشترك في تكوين نمط السلوك الجمعي الخاضع لآليات خاصة من الضبط الاجتماعي وهو ما له علاقة بموضوع بحثنا.

(حميد خروف وآخرون، 1999، ص.ص. 53-54-61)

ثالثا: الريف

1. تعريف الريف:

الريف: هو ما يقابل المدينة . والأعمال في الريف هي الأعمال الزراعية .
(معجم المصطلحات الجغرافية، 2002، ص415)

كما يعرف بأنه المناطق المحيطة بالمدن، ويمتاز الريف بالمناطق الطبيعية والزراعية، ويعتبر المتنفس والرئة لتحسين ظاهرة التلوث البيئي الذي كثيرا ما تعاني منه المدن. (الموسوعة الحرة، 2007.7.3)

وكتب ابن خلدون في مقدمته: "إن اختلاف الأجيال في أحوالهم إنما هو باختلاف نحلته من المعاش، فإن اجتماعهم إنما هو للتعاون على تحصيله ... فمنهم من يستعمل الفلاح من الغراسة والزراعة ومنهم من ينتحل القيام على الحيوان من الغنم والبقر ... لنتاجها واستخراج فضلاتها. وهؤلاء القائمين على الفلاح والحيوان تدعوهم الضرورة إلى البدو لأنه لا متسع لما لا يتسع له الحواضر من المزارع والمسارح للحيوان وغير ذلك ..". الخ (محمد الجوهري، 1997، ص183)

وهو بذلك يقصد الريف الذي يعتبر موضوعا لعلم الاجتماع الريفي مقابل علم الاجتماع الحضري والذي ظهر قبله، إلا أنه لم يحض بالتطور الذي حضي به علم الاجتماع الحضري، ضف إلى ذلك أن التسميات ورغم تطور علم الاجتماع مازالت محط

اختلاف بين مستعملها فعادة ما يستخدم اسم القرية كدلالة على ال ريف غير أن الأمر غير صحيح، إذ أن المسألة هي ان القرية تعتبر شكل من أشكال تطوير الأرياف وتحديثها إلا أنها ليست ريفا وليست ب المدينة أيضا، فالقرية تبقى محافظة على طابعها الزراعي الريفي مع المحاولات المستمرة في إكساب الفلاحين عادات صحية جديدة في تربية ثرواتهم الحيوانية. (محمد السويدي، 1990، ص140)

لهذا فلا بد من ضرورة الاعتماد على عدد من التخصصات عند دراسة القرية بغرض التنمية والتحديث لأننا في هذه الحالة نتعامل مع نسق أيكولوجي، والثانية ضرورة التعرف على أسلوب التفكير الذي يعتمد عليه الفرد والجماعة في القرية لكي تركز عليه التنمية لضمان نجاح العملية. (السيد أحمد حامد، 1990، ص213)

2. نمو سكان الريف:

بينما كان من المتوقع أن يزداد سكان الحضر في العالم من عام 1970 إلى 2000 بحوالي 1.8 مليون شخص، كان من المتوقع أن يزداد سكان المناطق الريفية في العالم بحوالي 890 مليون، وبينما توقع الباحثون أن يزداد سكان الحضر في البلاد النامية بحوالي 1.4 مليون، فإن سكان الريف سوف يزدون بأكثر من 1 بليون، وفي البلاد المتقدمة بينما المتوقع أن يزداد سكان الحضر بحوالي 390 مليون يتوقع أن يتناقص سكان الريف بأكثر من 11 بليون. وسيكون نمو سكان الريف في البلاد النامية تحديا خطيرا للجهود التي تهدف إلى زيادة نصيب الفرد من الناتج القومي وكذلك الجهود التي تهدف إلى زيادة رفع مستويات المعيشة. (علي حليبي، 1998، ص385)

3. المشكلات المتصلة بالمجتمع الريفي:

لا يخلو المجتمع الريفي من مشكلات جمة يعاني منها مقابل المشاكل التي تعاني منها المدن، ونحاول الإشارة إلى أهم هذه المشاكل في نقاط مختصرة وهي:

x الهجرة الريفية الحضرية ينتج عنها نقص الأيدي العاملة في الزراعة وبالتالي تدهور الثروة الحيوانية وقلة المحاصيل الزراعية مما ينتج عنه عدم الاكتفاء الذاتي.

× تدني مستوى المعيشة بهجرة المتعلمين فيها وعدم توفر المرافق الضرورية، وبالتالي عدم القدرة على الارتقاء بمستوى الحياة الاقتصادية والاجتماعية بسبب عدم وجود قيادات كفأة تتميز بخصائص العالم الجديد.

× نقص العائد المالي في الأرياف بسبب عدم توفرها على مراكز تجارية، وأسواق كبرى تشارك في الحركة الاقتصادية وبالتالي للريف ينفق أكثر مما يكتسب، وهذا ما يؤدي إلى الفقر والبؤس والجهل بين أفراد الريف.

(علي فؤاد أحمد، [د،ت]، ص.ص 43-44)

× عدم توفر ظروف صحية ملائمة لسكان الريف فيما يخص السكن، وشروط العمل الفلاحي، وعدم وجود طرق معبدة حتى لنقل المرضى في بعض الأرياف النائية.

× نقص المياه الصالحة للشرب والتي تعتبر من المقومات الهامة لصحة البيئة والفرد، فيلجأ الأهالي إلى الأنهار والترع دون توفر وسائل التقنية اللازمة.

× سوء التهوية داخل المساكن الريفية بسبب حالة السكن الذي يكون عادة مغلق ولا يحتوي على فتحات كبيرة. وبسبب مشاركة الدواجن ل لسكان في مسكنهم، ضف إلى ذلك استخدام بعض وسائل التدخين داخل مسكن مغلق وليس به تهوية كافية فترتفع نسبة الرطوبة. وكذلك مشكل سوء الإضاءة.

× ومن الموضوعات الشائكة في الريف والتي تهتم بها مصالح الصحة العمومية هي موضوع التخلص من الفضلات سواء كانت آدمية أو حيوانية أو قمامة ... إلخ بسبب عدم توفر المجاري الصحية لتصريفها. وهذا بطبيعة الحال يؤدي إلى انتشار الكثير من الأمراض والأوبئة.

× ومن بين هذه الأمراض والأكثر انتشارا في المجتمعات الريفية العربية نذكر مرض العيون (الرمد)، والأمراض المتوطنة كالبلهارسيا والملاريا، والأمراض المعوية نتيجة انتشار الذباب، والأمراض الصدرية الناتجة عن سوء التغذية والبيئة الغير صحية، وكذلك تنتشر في بعض الدول العربية أمراض وبائية كثيرة كالتيفوئيد، والحصبة، والدفتيريا وحتى الكوليرا ... إلخ. ومن الملاحظ أن معظم هذه الأمراض راجع إلى حالة البيئة

الفصل الرابع: سكان المدينة والريف

الصحية وسوء التغذية وانتشار الحشرات الناقلة للأمراض. ضف إلى ذلك عدم وجود مراكز صحية لائقة أو عيادات لرعاية الأم والطفل، وحتى المريض بصفة عامة مما يدعو أهل الريف للتنقل إلى المدينة للحصول على العلاج.

x يعاني أغلب أفراد المجتمعات الريفية من ضعف في دخل الأسرة وما يترتب عليه من مشاكل صحية وانخفاض في مستوى المعيشة. ضف إلى ذلك عدم قدرتهم على الترويح عن أنفسهم، أو قضاء أوقات جميلة لينسوا همومهم وأعباء الحياة الريفية.

(علي فؤاد أحمد، [د،ت]، ص من 69 ← 77)

x نقص النشاط الإعلامي في الأرياف فيما يخص التحسيس بأخطار التدخين والخمر. وعدم تنظيم النسل وغيرها من المواضيع. باعتبار أن المناطق الشعبية هي بؤرة التفريخ الأساسي للزيادة السكانية كما أن هناك عوامل أخرى من قبيل الأمية المنتشرة بين القرويات وكذا الظروف المعيشية التي يشهدها في الوقت الحالي، تفرض عليهن أنماطا خاصة من التعرض والفهم للمضامين التي تنبثها قنوات الاتصال المختلفة.

(هناء السيد وآخرون، 2005، ص5)

رابعاً: محكمات التفرقة بين الريف والمدينة:

اكتسبت دراسة الفروق الريفية الحضرية طابعا علميا مع مطلع هذا القرن نتيجة للتطور الذي طرأ على مناهج البحث في علم الاجتماع، فقدم علماء الاجتماع ثنائيات تقابل بين نوعين من المجتمعات يختلفان في الخصائص والسمات المميزة لكل منهما، فقد ميز هنري بين مجتمع يقوم على المكانة وآخر يقوم على التعاقد، وطرح تونير مقابلة بين مجتمع تشيع فيه روابط القرابة والعلاقات الأولية وآخر تسوده علاقات المصلحة. وأقام بيكر تفرقة بين مجتمع مقدس وآخر علماني، أما سور وكن وزمرمان فقد اعتبرا أن المهنة هي المعيار الرئيس للفروق الريفية/الحضرية. وعموما يمكن التفرقة بين الريف والمدينة على أساس عدة مجالات نذكر منها:

1. **المهنة:** حيث يعمل غالبية سكان الريف في الزراعة وبعض المهن كالصيد، ويقوم بصنع احتياجاته بنفسه، بينما يعمل غالبية سكان المدينة في مهن الصناعة والتجارة والإدارة. فإن كان أكثر سكان منطقة معينة أي 50% يعملون بالزراعة صار المجتمع ريفيا.

2. **البيئة:** تسيطر البيئة الطبيعية على البيئة الاجتماعية في الريف، وتقوم علاقة مباشرة بين الإنسان والطبيعة، بينما يسيطر إنسان المدينة على الطبيعة والبيئة التي يعيش فيها وهو من يعدل ويغير فيها. (حسين رشوان، 1998، ص.ص 41-43)

3. **حجم المجتمع:** حجم المجتمعات الريفية صغير نظرا لظروف الزراعة الخاصة، بينما حجم المجتمعات الحضرية كبير.

4. **كثافة السكان:** تنخفض الكثافة السكانية في المجتمع الريفي عنها في المجتمع الحضري.

5. **التفاوت الاجتماعي:** ويقصد به التفاوت في البيئات والأوساط الاجتماعية وتزداد حدة هذا التفاوت في المدن التي تضم أشناتا من ثقافات مختلفة سواء على المستوى المحلي أو على المستوى العالمي، ويصل الأمر إلى حد الاختلاف في ألوان البشرة والمعتقدات الدينية واللغات والمذاهب السياسية وعلى العكس من هنا نرى أن سكان الريف أقل تفاوتاً فيما بينهم.

6. **التقسيم الطبقي الاجتماعي:** تقل عدد الطبقات في الريف وتغلب الطبقة المتوسطة، في حين نجد أن الطبقات الحضرية تتجه إلى التركيز عند قمة الهرم أو قاعدته.

7. **الحراك الاجتماعي:** يتميز المجتمع الريفي بالركود عموماً، في حين يكثر الحراك بين طبقات المجتمع الحضري. كالاتقال من جماعة لأخرى، وإعادة الزواج وتغير القيادات والحراك المكاني كالهجرة وتغيير مكان السكن ... إلخ.

(محمد الجوهري، 1997، ص من 197-200)

8. **التجانس واللاتجانس:** يبدو أن التجانس في الريف أكثر منه في الحضر، فاتصال الأفراد في الريف وخاصة الجوار في الأصل والبلدة الواحدة، والثقافة العامة ومدخلهم، ونتيجة

ل
الفصل الرابع: سكان المدينة والريف

9. **التصنيف الإداري:** الذي يركز على خضوع المنطقة الحضرية للإدارة المحلية للمدينة ويرتبط هذا بعدد السكان، فكل مجموعة تبلغ عدد معين أو يزيد يشكل لها مجلس بلدي ويعتبر مركزاً حضرياً وتبنى فيه مراكز ومؤسسات حكومية من تعليمية، صحية، ثقافية،

تجارية وأمنية وعلى هذا الاعتبار يكون المجتمع الريفي هو ما ليس بعاصمة لمحافظة، أو مركز من المراكز الإدارية.

10. التفاعل الاجتماعي: يتسم الريف بالاتصالات الأولية، وتتسم العلاقات بالدوام والود والعمق، بينما تكون فترة التفاعل قليلة نسبيا في الحضر، وذات صفة ثانوية أي سطحية وعابرة في أغلب الأحيان. فللمجتمع الريفي تحكمه ضوابط اجتماعية في العلاقات كالعادات والتقاليد والأعراف، في حين تسود القوانين واللوائح في المدينة.

(غريب أحمد، 2006، ص من 159 ← 165)

11. الرعاية الصحية: تتفاوت الرعاية الصحية بين الريف والمدينة بشكل واضح وصريح، حيث يزيد الإنفاق الصحي للفرد في الحضر عن الريف بـ 79% بمصر مثلا.

(سمير فياض، 2007.7.10)

فمن فوائد المركزية التي تتمتع بها المدينة تواجد مراكز الاستشفاء الكبرى والمتنوعة بالإضافة إلى وجود الحكومة والبرجوازيين الذين يمولون هذه المؤسسات... إلخ فلهذا نجد أن الأماكن الحضرية أقل تعرضا للأمراض من الأماكن الريفية والشبه حضرية وفي الضواحي. (J. Labasse, 1980, P234)

كما أن صحة الأمهات في الريف أكثر تعرضا للخطر من المدينة خاصة في حالات الولادة حيث في مصر مثلا عدد الأولاد هو 4.3 للمتزوجات بالمهنيين و 4.6 إلى 5 بالنسبة للمتزوجات بالعمال والفلاحين، وعموما فإنه بالنسبة لـ لمجتمع التقليدي في مصر والحضري يفضلون ما بين 4/2 أطفال وبنسبة 93.5%/95.6% على التوالي.

(محمد كميخ العتيبي، 1994، ص.ص 94-95)

وعموما فإن أكبر المستشفيات في المدن والمراكز الصحية اللازمة. ناهيك عن الأمراض الوبائية التي تصيب أهل الريف أكثر من أهل الحضر بسبب انخفاض مستوى الرعاية

الفصل الرابع: سكان المدينة والريف

الصحية، في حين تنتشر الأمراض الجسدية والنفسية الناتجة عن القلق الكبير والمستمر في المدن أكثر بسبب تعقد الحياة والضوضاء والانعصاب، و الأمراض المرتبطة

بتلوث الهواء حيث يبلغ معدل سرطان الرئة في المدن ضعف ما نجده في المناطق الريفية، وأن المدنيون هم أكثر من يزور المستشفيات العقلية. ضف إلى ذلك أن الاضطرابات الشخصية كالإدمان على الكحول والمخدرات أكثر شيوعا في المدن من الأرياف، كما التشرذ أصبح على الأغلب من الظواهر الحضرية.

(جابر عبد الحميد جابر، 1991، ص.ص.ص. 414-415-416)

على اعتبار أن سمات المدن تختلف بشكل أو بآخر عم ما تتصف به الأرياف في العالم والدولة العربية على الخصوص، فإن لهذا الاختلاف الأثر الكبير والظاهر على سكان كل من الريف والمدينة من حيث عدة اعتبارات ومعايير، كالمعايير بالنسبة لعدد السكان في كل منهما أين سكان المدينة في تزايد مستمر و سكان الريف في تناقص وتراجع. كما أن للمدينة قيمة كبيرة من حيث ما تحتويه من مراكز حساسة في الدولة كالمراكز العسكرية، السياسية، التجارية، التعليمية وحتى الترفيهية، في حين تفتقر الأرياف إلى الكثير من هذه المراكز إن لم يكن في بعض الأحيان إلى كلها. وبطبيعة الحال فإن هذه التباين بين ميزات الريف والمدينة سيؤدي حتما إلى تباين نوعية الحياة التي يعيشها سكان كل من المنطقتين، كما أنه وبفضل هذا التمايز فإن المشاكل التي يعاني منها أهل المدينة -والمتمثلة خاصة في الأزمات الأخلاقية والعبء الحسي الكبير والأمراض النفسية- تختلف عن المشاكل التي يعاني منها أهل الريف والمتمثلة في فقدهم لبعض شروط المستوى المعيشي الحسن وكذا معاناتهم من انتشار الأمراض والأوبئة خاصة الأمراض المعدية بسبب نقص المراكز وانخفاض مستوى الخدمات الصحية.

المباح الثاني

المباح التطبيقي

الفصل الخامس

الإطار المنهجي

☞ أولاً: نوع الدراسة

☞ ثانياً: التعريف بمكان إجراء الدراسة الميدانية

☞ ثالثاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

1. المنهج المستخدم في البحث
2. أدوات العمل الميداني
3. عينة البحث

أولاً: نوع الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الاستطلاعية إلى الكشف عن مدى ارتباط السلوك الصحي بنوعية الحياة في مدينة سطيف كعينة من الجزائر، ونحاول من خلال هذه الدراسة الميدانية تحديد معالم الإشكال المطروح في البداية وهو هل أن نوعية الحياة لها تأثير في سلوكياتنا الصحية؟ وهل هذا التأثير يختلف بين الجنسين؟ وبين الأصحاء والمرضى؟ أو خاصة بين سكان الريف والمدينة؟

والحقيقة أنه خلال هذه الدراسة التي حاولنا فيها استطلاع رأي بعض سكان سطيف عن رأيهم في ظروف الحياة التي يعيشونها، وبعض العادات الصحية التي يتبعونها من خلال الاستثمارات الموزعة عليهم، واجهنا صعوبة كبيرة في توزيع واسترجاع هذه الاستثمارات وكذلك محاولة الشرح بأنها مجرد معلومات علمية تستخدم في البحث لا أكثر -مع وضوح التعليمات في الاستمارة- وخاصة أن العدد كان 460 استمارة، وزادت هذه الصعوبة في الأرياف أين تعمدنا الذهاب إلى الأرياف التي تختلف كثيرا ظروف المعيشة فيها عن المدينة.

وخلاصة القول أن هذه الدراسة الاستطلاعية جاءت بغرض وصف نوع العلاقة التي تربط السلوك الصحي بنوعية الحياة . بالاعتماد على المؤشر البيئي الجغرافي لأفراد العينة ، وهو مكان الإقامة في الريف والمدينة. وهكذا فإن هذا البحث الارتباطي يحاول أن يقيس العلاقة بين متغير السلوك الصحي ومتغير نوعية الحياة وتحديد نوعية هذه العلاقة . بالإضافة إلى دراسة الفرق بين بعض المتغيرات الأخرى.

ثانياً: التعريف بمكان إجراء الدراسة الميدانية:

مدينة سطيف من الولايات 48 بالجزائر، تقع في شرق الجزائر، تبعد عن العاصمة بحوالي 300 كلم شرق الجزائر العاصمة، تحدها ولايات ذات مناخات مختلفة كالمسيلة، باتنة، بجاية، جيجل، ميله ، برج بوعريرج. وتتربع على مساحة تقدر ب $6.549,64 \text{ km}^2$. وتشتمل على 60 بلدية موزعة على 20 دائرة.

تعتبر ولاية سطيف من أهم المدن الجزائرية وأجملها، فهي تتمتع بمناطق خلابة ومتنوعة التضاريس، كما تشتمل على الهضاب الواسعة والجبال العالية (بابور، مغرس)

والسهول الزراعية. هذا ما جعل منها منطقة سياحية، واقتصادية، وتجارية وكذا زراعية مميزة، فهي تعرف بمدينة التربة السوداء، ويسمىها الجزائريون عاصمة الهضاب العليا. أضف إلى ذلك أنها تعتبر مركزا علميا بتنوع مراكز التكوين فيه والمعاهد التربوية، وكذا باتساع فروع ومساحة جامعتها خاصة في السنوات الأخيرة، وما يزيد من أهميتها موقعها المتميز حيث أنها تربط الشرق بالجنوب والشمال بالغرب فهي طريق يسهل الحركة الاقتصادية في البلاد ككل.

أضف إلى ذلك احتلالها المرتبة الثانية من حيث الكثافة السكانية بعد الجزائر العاصمة بـ 1.450.242 نسمة سنة 2005، ثم تأتي وهران وباتنة. وقد بلغ عدد السكان إلي غاية 31-12-2006 1.553.387 وتسكن مدن الولاية كثافة سكانية تقدر بـ 537.799 نسمة و 1.015.588 نسمة في الأرياف. وتمثل نسبة الحضرية في الولاية 34.62 %. و عدد المتوفين فيها خلال السنة الواحدة يبلغ 611 متوفي. هذه الكثافة السكانية على قدر ما أنها تزيد من أهميتها، على قدر ما تزيد من مشاكلها، فقد أحصى مؤخرا حوالي 1200 مصاب جديد بالسرطان سنويا في ولاية سطيف وحدها منهم 2157 رجل و 2155 امرأة يتلقون العلاج بالمركز ألاستشفائي الجامعي.

ويحتل سرطان الرئة المرتبة الأولى لدى الرجال بنسبة 25.8% وسرطان المعدة في المرتبة الثانية والذي يصيب الرجال بـ 9 أضعاف من النساء، بينما يحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى عند النساء، ويصاب الأطفال بنسبة 10% بهذا المرض.

وتبلغ نسبة المواليد 2.13% ونسبة الوفيات 0.36%. في حين تتوزع 8 مستشفيات على تراب الولاية بسعة 1.880 سرير. كما ويوجد في الولاية مستشفى للأمراض النفسوعصبية وآخر لإعادة التأهيل الوظيفي. بالإضافة إلى 17 عيادة صحية و 54 مركز صحي و 229 قاعة علاج موزعة على 20 دائرة. و 29 مركز توليد و 7 عيادات خاصة، وثلاث وحدات طبية متقلة.

(Monographie,2006 ,p.8)

هذه الإحصائيات وأخرى تجعل الباحثين ملزمين لاستطلاع ووصف وكشف الحالة الصحية لدى هؤلاء المواطنين. ومعرفة اتجاهاتهم نحو الوضع الصحي عموما، والمعيشي

أيضا. فكانت هذه الدراسة كمحاولة لكشف حقيقة هذا الوضع خاصة وأن الدافع الأساسي هو انتشار الأمراض المعدية كالسل والتيفوئيد ، وكذا التسمم الغذائي وغيرها. والتي حدثت خلال السنوات الأخيرة وراح ضحيتها العديد من المواطنين في ولاية سطيف، والسبب الرئيسي كان العادات والسلوكيات الصحية الغير سليمة وهذا حسب بعض الأطباء.

ثالثا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

أهم الإجراءات المنهجية في الدراسات الميدانية هي طريقة البحث والأدوات المستخدمة في هذا البحث وأخيرا العينة التي طبقت عليها هذه الأدوات.

1. المنهج المستخدم في البحث:

المنهج الإحصائي يمكننا من تقرير المدى الذي يمكن الاعتماد عليه في استخدام النتائج، حتى لو لم تعرف جميع العوامل المسببة ولم نضبطها جميعا فالإحصاء يختص بالطرق العلمية المدروسة لتجميع وتنظيم وتحليل البيانات فضلا عن استخلاص نتائج صحيحة وعمل تقارير مناسبة على أساس ذلك التحليل.

(حلمي المليجي، 2001، ص.ص 107-108)

وتم الاعتماد على نظام الإحصاء الوصفي والاستدلالي لمعالجة البيانات وهذا باستخدام برنامج SPSS.12. وقد تم حساب الارتباط بحساب معامل بيرسون وحساب الفروق باستخدام t.test .

2. أدوات العمل الميداني:

اعتمدت الدراسة الحالية على إجراء توزيع مقياسين: الأول حول السلوك الصحي والثاني حول نوعية الحياة.

مقياس السلوك الصحي عبارة عن استبيان لقياس السلوك الصحي لدى سكان

سطيف، وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة حاولت أن تقيس أكثر السلوكيات اليومية والتي تمس الجانب الصحي الجسمي خاصة. ويحتوي هذا المقياس على 50 سؤالاً، حاولنا من خلالها التعرف على أهم العادات السلوكية لدى أفراد عينة البحث.

- 29 أما بالنسبة للمقياس الثاني والخاص بنوعية الحياة فهو الآخر يحتوي على سؤالاً يدور حول أهم المؤشرات التي يمكن أن تساعد في قياس نوعية الحياة لدى مجتمع العينة مع الأخذ بعين الاعتبار خصائص هذه العينة.
- أما فيما يخص كيفية بناء أو وضع هاذين المقياسين فقد اتبعنا عدة خطوات سنحاول تلخيصها فيما يلي:
1. تم الاعتماد على التراث السيكلوجي الذي كتب حول هاذين المتغيرين وكيفية قياسهما وأهم المؤشرات المعتمد عليها وهذا من خلال الكتب وخاصة المقالات المنشورة على شبكة الإنترنت.
 2. اعتمدنا بشكل كبير على نسخ من مقياس نوعية الحياة بالإنجليزية WHOQOL-BREF ومقياس للسلوك الصحي باللغة الإنجليزية هو الآخر (بعض البنود فقط) Health Behavior questionnaire (1992).
 3. قمنا بترجمة المقياسين إلى العربية ثم من العربية إلى الإنجليزية وعرضه على أساتذة مختصين في علم النفس وهما كل من الأستاذ جبالي والأستاذ عبدوني بقسم علم النفس جامعة باتنة. وكذا تم عرضه على الأستاذ حمودي وبعض المختصين في اللغة الإنجليزية بقسم اللغة الإنجليزية بجامعة فرحات عباس سطيف، وتم وضع الملاحظات المقدمة من طرفهم بعين الاعتبار، ورغم هذا فإننا عند محاولتنا تجربته على عينة تتكون من 5 أفراد واجهنا أسئلة ومشاكل عديدة من بينها أن الأسئلة مازالت غير واضحة نوعاً ما وتحتاج إلى تبسيط أكثر.
 4. بعد هذه المحاولة قمنا بإعادة صياغة الأسئلة أو بنود مقياس نوعية الحياة بصورة أبسط وإضافة 3 بنود أخرى لـ 26 بند الأصلية.
- أما فيما يخص مقياس السلوك الصحي فقد قمنا بالاعتماد على 15 بند الأولى من المقياس الأصلي مع إعادة صياغتها بشكل مبسط بالإضافة إلى بنود أخرى اعتمدناها من خلال استمارة السلوك الصحي لسامي المبدأ والمأخوذة من شبكة الإنترنت. فكانت عدد بنود هذه الاستمارة 50 بنوداً تقيس أهم السلوكيات التي نقوم بها يومياً وقد لا ننتبه لها.

5. فكانت النسخة النهائية للاستمارتين -والمبيينين في الملاحق- كما يلي: بالنسبة لاستمارة السلوك الصحي تتكون من 50 سؤالاً وعدد الاختيارات المتاحة للإجابة على كل سؤال هي 4 اختيارات على التوالي لا - أحياناً - غالباً - دائماً. ويحتوي المقياس على 20 سؤالاً سلبياً و 30 سؤالاً إيجابياً حيث تكون طريقة التنقيط من 1 إلى 4 بالنسبة للأسئلة الإيجابية والعكس بالنسبة للأسئلة السلبية، وبهذا تكون النقطة القصوى للفرد على هذه الاستمارة هي 200 درجة.
- أما بالنسبة لمقياس نوعية الحياة فالنسخة النهائية كانت تتكون من 29 بند وعدد الاختيارات المتاحة للإجابة هي 5 احتمالات: سيئة جداً - سيئة - متوسطة - جيدة - جيدة جداً. ولا توجد أسئلة سلبية، وتكون طريقة التنقيط أو قيمة ووزن البنود من 1 إلى 5 حسب الترتيب السابق للاختيارات وبهذا تكون النقطة القصوى على هذا المقياس هي 145 درجة.
6. تم حساب ثبات وصدق المقياسين بتطبيقهما الأولي على 10 أفراد من العينة: 5 من المدينة و 5 من الريف، وتم حساب الثابت بحساب ألفا α لكرونباخ (Alpha Coefficient) والذي يستخدم لحساب الاتساق الداخلي لاختبار أو المقياس المكون من درجات مركبة، والذي يربط ثبات المقياس بثبات بنوده. أما الصدق فتم حساب الصدق الذاتي أي جذر α لكرونباخ. فكانت النتائج كالتالي:
7. بعدما قمنا بحساب تباينات البنود لأفراد العينة التجريبية لكل مقياس وأيضاً حساب التباين الكلي للدرجات تم حساب الثبات .
8. بالنسبة لمقياس للسلوك الصحي كانت $\alpha = 0.98$ وبالتالي قيمة الصدق الذاتي للمقياس $\alpha = 0.98$. وهذا يعني أن قيمة الثبات والصدق عالية وأن المقياس يتمتع بقيمة علمية وإحصائية كبيرة.
9. بالنسبة لمقياس نوعية الحياة كانت $\alpha = 0.99$ وبالتالي قيمة الصدق الذاتي للمقياس $\alpha = 0.99$. وهذا يعني أن قيمة الثبات والصدق عالية وأن المقياس يتمتع بقيمة علمية وإحصائية كبيرة. وعلى هذا الأساس تم توزيع المقياسين على أفراد عينة البحث والبلغ عددهم 460. إلا أنه تم استرجاع ومعالجة 317 فقط للظروف التي تم شرحها من قبل .

1. عينة البحث:

تم اختيار العينة بطريقة عرضية من سكان أرياف ومدن ولاية سطيف وذلك بالتنقل إلى كل من مدينة سطيف، عين ولمان، العلمة، صالح باي والأرياف بالتنقل إلى كل من ملول، عين أزطوط، القلثة الزرقاء، ذراع الوسط عين الحمراء (وهذا بمساعدة عدة أعضاء منهم الأساتذة، أطباء، ومتطوعين مشكورين على هذه الخدمة).

بلغ عدد أفراد العينة (الذين تم استرجاع المقياسين من عندهم) 317 فرد من أصل 460 فرد كان من بينهم 165 من سكان الريف و152 من سكان المدينة.

وقد تم توزيع المقياسين في عدة أماكن منها الإدارة، المستشفيات، المراكز الصحية، نوادي الإنترنت، محلات الأكل السريع، مراكز الضمان الاجتماعي والبيوت بصورة عامة.

ويمكن تلخيص أهم خصائص العينة في الجدول التالي:

جدول-1 - يوضح بعض خصائص أفراد العينة.

النسبة المئوية	العدد	السمة
%52.05	165	سكان الريف
%47.94	152	سكان المدينة
%76.34	242	الأصحاء
%23.65	75	المرضى
%44.16	140	الذكور
%55.83	177	الإناث
%53.94	171	العمال
%46.05	146	البطالين
%50.15	159	المتزوجين
%46.37	147	العزاب
%21	69	أميين
%16.71	53	م.متوسط.
%36.90	117	ثانوي
%24.60	78	جامعي

الفصل السادس

عرض ومناقشة النتائج

أولاً : عرض نتائج الدراسة.

ثانياً : مناقشة وتفسير النتائج عل ضوء :

- 1 - الفرضيات المصاغة .
- 2 - نتائج الدراسات السابقة .
- 3 - مجالات الدراسة .

أولاً: عرض نتائج الدراسة:

بعد معالجة البيانات التي تحصلنا عليها من تفرغ المقياسين لكل من السلوك الصحي ونوعية الحياة. وذلك باستخدام نظام المعالجة spss12 و بعد حساب معامل الارتباط والفروق تحصلنا على النتائج التالية:

1 - فيما يخص الفرضية العامة والفائدة بأنه :

*-توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجة السلوك الصحي ونوعية الحياة.

فقد تم حساب معامل الارتباط بحساب معامل بيرسون والجدول التالي يوضح النتيجة المتحصل عليها:

جدول رقم-1- يوضح درجة الارتباط بين السلوك الصحي ونوعية الحياة للعينة الكلية.

عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل بيرسون	مستوى الدلالة
317	139.19	17.72	0.49**	0.01
317	94.89	14.83		

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات السلوك الصحي يقدر ب 139.19. و تتحرف قيم أفراد العينة عن هذا المتوسط بقيمة 17.72. في حين أن المتوسط الحسابي لدرجات نوعية الحياة يقدر ب 94.89. و تتحرف قيم أفراد العينة عن هذا المتوسط بقيمة 14.83 وهي أقل من انحراف درجات السلوك الصحي. و نلاحظ من خلال هذا الجدول أيضاً أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي و نوعية الحياة ، وذلك لأن معامل الارتباط لبيرسون يساوي 0.49** وهو دال عند 0.01 . وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية متوسطة القوة بين درجات السلوك الصحي ودرجات نوعية الحياة لدى أفراد العينة ككل. والذي بلغ 0.49 أي 0.50 بالتقريب وهي درجة ارتباط موجبة ولها دلالتها الإحصائية عند 0.01 .

2- بالنسبة لحساب الفروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين سكان الريف والمدينة وبعض المتغيرات الأخرى كالصحة والمرض، الجنس، الحالة المدنية والمستوى الدراسي وكذا حساب الفروق بين العمال والبطالين. فقد تم حساب هذه الفروق بين أفراد العينة باستخدام t.test.

- 1-2 أما فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى والقائلة بأنه:
 - توجد فروق في درجات السلوك الصحي و نوعية الحياة بين سكان الريف والمدينة. فقد تم حساب الفروق بين العينتين -سكان الريف والمدينة- فكانت النتائج كالتالي:
- جدول رقم 2- يوضح الفروق بين سكان الريف والمدينة في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة .

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t.test	درجة الحرية	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	سكان الريف	165	137,23	18,64	315	0.05
	سكان المدينة	152	141,33	16,39		
نوعية الحياة	سكان الريف	165	92,84	13,45	315	0,01
	سكان المدينة	152	97,11	15,95		

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن عدد أفراد العينتين متقارب حيث بلغ عدد أفراد عينة سكان الريف 165 (52.05%) وبلغ عدد أفراد عينة سكان المدينة 152 (47.94%) وأن المتوسط الحسابي لسكان المدينة 141.33 أعلى -بقليل- من المتوسط الحسابي لسكان

الريف 137.23 بالنسبة لدرجات السلوك الصحي، حيث يبلغ متوسط فرق درجات المجموعتين. والذي يعني الفرق بين المتوسطين 4,1. ونلاحظ من خلال هذه النتيجة أن درجات سكان المدينة على مقياس السلوك الصحي أكبر من درجات سكان الريف. وهذا ما تثبته قيمة الانحراف المعياري حيث تتحرف درجات سكان المدينة عن المتوسط الحسابي بقيمة 16.39 وهي أقل من انحراف درجات سكان الريف التي تقدر بـ 18.64. والفرق بين الانحرافين هو 2.25. وأن قيمة $T=2.07$ بالنسبة لسكان الريف والمدينة وبدرجة حرية 315 ودرجة ثقة 95%. وهي دالة أي قيمة t.test عند 0.05.

كما ونلاحظ من خلال هذا الجدول أن متوسط سكان الريف على مقياس نوعية الحياة 92.84 وهو أقل من متوسط سكان المدينة الذي يقدر بـ 97.11 والفرق بين المتوسطين 4.26. غير أن قيمة الانحراف المعياري لدى سكان المدينة أكبر من قيمة الانحراف المعياري لدى سكان الريف. حيث تتحرف درجات سكان المدينة عن المتوسط الحسابي بقيمة 15.95 وهي أكبر من قيمة انحراف درجات سكان الريف والتي تقدر بـ 13.45. والفرق بين الانحرافين هو 2.5. وأن قيمة $T=2.58$ بالنسبة لسكان الريف والمدينة، وبدرجة حرية 315 ودرجة ثقة 95%، وهي دالة أي قيمة t.test عند 0.01.

2-2- أما فيما يخص الفرضية الجزئية الثانية والقائلة بأنه:

- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الأصحاء والمرضى.
- فقد تم حساب الفروق بين العينتين - الأصحاء والمرضى - فكانت النتائج كالتالي:
- جدول رقم 3- يوضح الفروق بين الأصحاء والمرضى في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة.

العينه	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t.test	درجة الحرية	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	مرضى 75	133,45	18,58	3,26	315	0, 01
	أصحاء 242	140,97	17,09			
نوعية الحياة	مرضى 75	89,89	14,87	3,39	315	0, 01
	أصحاء 242	96,44	14,51			

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن عدد أفراد العينتين مختلف، حيث بلغ عدد أفراد عينة الأصحاء 242 (76.34%) ثلاثة أضعاف عدد أفراد عينة المرضى والبالغ 75 (23.66%). وأن المتوسط الحسابي للأصحاء و المقدر ب 140.97 أعلى من المتوسط الحسابي للمرضى والمقدر ب 133.45 بالنسبة لدرجات السلوك الصحي. حيث يبلغ متوسط فرق درجات المجموعتين. والذي يعني الفرق بين المتوسطين 7.52 درجة. ونلاحظ من خلال هذه النتيجة أن درجات الأصحاء على مقياس السلوك الصحي أكبر من درجات المرضى. وهذا ما تثبتته قيمة الانحراف المعياري، حيث تتحرف درجات الأصحاء عن المتوسط الحسابي بقيمة 17.09. وهي أقل من انحراف درجات المرضى التي تقدر ب 18.58. والفرق بين الانحرافين هو 1.49. وأن قيمة $T=3.26$ بين العينتين أي بالنسبة للمرضى

و الأصحاء .وبدرجة حرية 315 و درجة ثقة 95% .وهي دالة أي قيمة t.test عند 0.01
كما ونلاحظ من خلال هذا الجدول أيضا أن متوسط الأصحاء على مقياس نوعية
الحياة 96.44 وهو أعلى من متوسط المرضى الذي يقدر ب 89.89 حيث يبلغ متوسط فرق
درجات المجموعتين. والذي يعني الفرق بين المتوسطين 6.55 . غير أن قيمة الانحراف
المعياري لدى العينتين متقاربة، حيث بلغت قيمة الانحراف المعياري لدى الأصحاء
14.51 و 14.87 لدى المرضى. والفرق بين الانحرافين هو 0.36 . وأن قيمة $T=3.39$ لدى
العينتين أي بين المرضى والأصحاء وبدرجة حرية 315 و درجة ثقة 95% وهي دالة أي
قيمة t.test عند 0.01.

2-3- أما فيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة والقاتلة بأنه:

• توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الجنسين.

فقد تم حساب الفروق بين العينتين حسب الجنس فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم-4- يوضح الفروق بين الجنسين في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة.

العينه	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t.test	درجة الحرية	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	إناث	177	138,63	0,63	315	0,52
	ذكور	140	139,91			
نوعية الحياة	إناث	177	94,91	0,026	315	0,979
	ذكور	140	94,87			

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن عدد أفراد العينتين مختلف حيث عدد أفراد عينة
الإناث 177 (55.83%) أكبر من عدد أفراد عينة الذكور 140 (44.16%). وأن المتوسط
الحسابي للذكور و المقدر ب 139.91 قريب من المتوسط الحسابي للإناث والمقدر
ب 138.63 بالنسبة لدرجات السلوك الصحي. حيث يبلغ متوسط فرق درجات

المجموعتين. والذي يعني الفرق بين المتوسطين 1.28 درجة. ونلاحظ من خلال هذه النتيجة أن درجات الذكور تكاد تساوي درجات الإناث على مقياس السلوك الصحي. وهذا ما تثبته قيمة الانحراف المعياري حيث تتحرف درجات الإناث عن المتوسط الحسابي بقيمة 17.24. وهي قريبة كذلك من انحراف درجات الذكور التي تقدر بـ 18.34. والفرق بين الانحرافين هو 1.19. وأن قيمة $T=0.63$ صغيرة بين العينتين أي بالنسبة للذكور والإناث و بدرجة ثقة 95%. وهي غير دالة معنويًا أي قيمة $t.test$ عند 0.52.

كما ونلاحظ من خلال هذا الجدول أن متوسط الإناث والذكور متقارب جدا على مقياس نوعية الحياة حيث بلغ 94.91 و 94.87 والفرق بين المتوسطين صغير جدا 0.04. كما وأن قيمة الانحراف المعياري لدى العينتين متقاربة حيث بلغت قيمة الانحراف المعياري لدى الذكور 13.35 ولدى الإناث 15.95. والفرق بين الانحرافين هو 2.6. وأن قيمة $T=0.026$ بين العينتين أي بالنسبة للإناث والذكور وهي صغيرة جدا. وبدرجة حرية 315 ودرجة ثقة 95%، وهي غير دالة أيضا أي قيمة $t.test$ عند 0.979.

2-4- أما فيما يخص الفرضية الجزئية الرابعة والقاتلة بأنه:

- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين العاملين والبطالين.

فقد تم حساب الفروق بين العينتين حسب هذا المتغير فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 5- يوضح الفروق بين العاملين والبطالين في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة.

العينه	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t.test	درجة الحرية	مستوى الدلالة
السلوك	عامل	171	141,30	17,81	315	0.05
الصحي	بطل	146	136,7	17,34		
نوعية	عامل	171	96,49	14,22	315	0.05
الحياة	بطل	146	93,02	15,36		

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن عدد أفراد العينتين مختلف حيث عدد أفراد عينة العاملين 171 (53.94%) أكبر من عدد أفراد عينة البطالين والبالغ (46.05%) 146. وأن المتوسط الحسابي للعاملين و المقدر ب 141.30 أعلى من المتوسط الحسابي لبطالين والمقدر ب 136.7 بالنسبة لدرجات السلوك الصحي. حيث يبلغ متوسط فرق درجات المجموعتين. والذي يعني الفرق بين المتوسطين 4.6 درجة. ونلاحظ من خلال هذه النتيجة أن درجات العاملين على مقياس السلوك الصحي أكبر من درجات البطالين. غير أن قيمة الانحراف المعياري متقاربة جدا حيث تتحرف درجات العاملين ع ن المتوسط الحسابي بقيمة 17.81. وهي قريبة جدا من انحراف درجات البطالين التي تقدر ب 17.34. والفرق بين الانحرافين هو 0.47. وأن قيمة $T=2.31$ بالنسبة للعاملين والبطالين. ودرجة حرية و 315 ودرجة ثقة 95%. وهي دالة أي قيمة t.test عند 0.05.

كما ونلاحظ من خلال هذا الجدول أن متوسط العاملين على مقياس نوعية الحياة 96.49 وهو أعلى من متوسط البطالين الذي يقدر بـ 93.02 والفرق بين المتوسطين 3.47 . غير أن قيمة الانحراف المعياري لدى العينتين متقاربة بشك ل واضح. حيث بلغت قيمة الانحراف المعياري لدى العاملين 14.22 و 15.36 لدى البطالين. والفرق بين الانحرافين هو 1.14 . وأن قيمة $T=2.09$ بالنسبة للعاملين والبطالين وبدرجة حرية 315 و بدرجة ثقة 95%، وهي دالة أي قيمة t.test عند 0.05 .

2-5- أما فيما يخص الفرضية الجزئية الخامسة والقائلة بأنه:

- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين المتزوجين والعزاب. فقد تم حساب الفروق بين العينتين حسب هذا المتغير فكانت النتائج كالتالي:
- جدول رقم-6 - يوضح الفروق بين المتزوجين والعزاب في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة.

العينه	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t.test	درجة الحرية	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	متزوج	159	139,33	17,73	304	0,78
	أعزب	147	139,89	17,86		
نوعية الحياة	متزوج	159	94,38	12,66	304	0.05
	أعزب	147	96,20	17,01		

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن عدد أفراد العينتين مختلف حيث عدد أفراد عينة المتزوجين 159 (50.15%) أكبر نوعاً ما من عدد أفراد عينة العازبين 147 (46.37%). أما بالنسبة للحالات الأخرى فعددها 11 (3.47%) بين أرامل ومطلقين. وأن المتوسط الحسابي للمتزوجين والعازبين متقارب جداً المقدّر بـ 139.33 و 139.89 على التوالي. بالنسبة لدرجات السلوك الصحي. حيث يبلغ متوسط فرق درجات المجموعتين. والذي يعني الفرق بين المتوسطين 0.55 درجة. ونلاحظ من خلال هذه النتيجة أن درجات المتزوجين

على مقياس السلوك الصحي تكاد تساوي درجات العزاب. وأيضا قيمة الانحراف المعياري متقاربة جدا حيث تنحرف درجات العزاب ع ن المتوسط الحسابي بقيمة 17.86. وهي قريبة جدا من انحراف درجات المتزوجين التي تقدر ب 17.73. والفرق بين الانحرافين هو 0.13. وأن قيمة $T=0.27$ بالنسبة للمتزوجين والعزاب. وبدرجة حرية 304 و درجة ثقة 95% وهي غير دالة أي قيمة t.test عند 0.78.

كما ونلاحظ من خلال هذا الجدول أيضا أن متوسط العزاب على مقياس نوعية الحياة 96.20 وهو أعلى من متوسط المتزوجين الذي يقدر ب 94.38، أما الفرق بين المتوسطين فيقدر ب 1.82. غير أن قيمة الانحراف المعياري لدى العينتين مختلف بشكل واضح. حيث بلغت قيمة الانحراف المعياري لدى المتزوجين 12.66 و 17.01 لدى العزاب. والفرق بين الانحرافين هو 4.35. وأن قيمة $T=1.06$ بالنسبة للمتزوجين والعزاب. وبدرجة حرية 304 أي درجة ثقة 95% وهي دالة أي قيمة t.test عند 0.05.

-2-6- أما فيما يخص الفرضية الجزئية الخامسة والقائلة بأنه:

*توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب المستوى الدراسي.

فقد تم حساب الفروق بين العينتين حسب هذا المتغير باستخدام اختبار ANOVA فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 7- يوضح الفروق حسب المستوى الدراسي في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة.

المستوى الدراسي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	أميين	69	136,43	18,09	1,22
	متوسط	53	137,84	18,23	
	ثانوي	117	139,76	17,50	
	جامعي	78	141,71	17,27	
نوعية الحياة	أميين	69	91,24	12,60	3,32
	متوسط	53	96,49	14,55	
	ثانوي	117	93,94	14,79	
	جامعي	78	98,46	16,19	

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن عدد أفراد العينات مختلف حيث أن عدد أفراد عينة الثانويين أكبر ب 117 (36.90%) ثم تأتي عينة الجامعيين ب 78 (24.60%) فالأُميين ب 69 (21%) ثم أفراد عينة المستوى الدراسي المتوسط ب 53 (16.71%) فرد. وأن المتوسط الحسابي للأُميين وذوي المستوى المتوسط متقارب جدا والمقد ر ب 136.43 و 137.84 على التوالي. والمتوسط الحسابي للجامعيين و الثانويين 141.71 و 139.76 على التوالي بالنسبة لدرجات السلوك الصحي. حيث يبلغ متوسط فرق درجات المجموعتين. والذي يعني الفرق بين المتوسطين 1.41 درجة بالنسبة للأُميين وذوي المستوى المتوسط و الفرق بين المتوسطين 1.95 درجة بالنسبة للجامعيين و الثانويين. ونلاحظ من خلال هذه النتيجة أن درجات الجامعيين هي الأكبر وتأتي بعدها درجات الثانويين فذوي المستوى المتوسط وأخيرا درجات الأُميين على مقياس السلوك الصحي. وأيضا قيمة الانحراف المعياري متقاربة جدا بين الأُميين وذوي المستوى المتوسط . حيث تتحرف درجات الأُميين عن المتوسط الحسابي بقيمة 18.09. وهي قريبة جدا من انحراف درجات ذوي المستوى المتوسط والتي تقدر ب 18.23. والفرق بين الانحرافين هو 0.14. و قيمة الانحراف المعياري متقاربة جدا هي الأخرى بالنسبة للجامعيين و الثانويين. حيث تتحرف درجات الثانويين ع ن المتوسط الحسابي بقيمة 17.50. وهي قريبة جدا من انحراف درجات الجامعيين والتي تقدر ب 17.27. والفرق بين الانحرافين هو 0.23. وأن قيمة F لدى عينة الأُميين بلغت نسبة 1.22. وهي غير دالة أي قيمة F عند 0.29. يعني لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي حسب المستوى الدراسي.

كما ونلاحظ من خلال هذا الجدول أيضا أن متوسط الأُميين على مقياس نوعية الحياة يقدر ب 91.24 ثم يأتي متوسط الثانويين ب 93.94 بعدها متوسط ذوي المستوى المتوسط ب 96.49 وأخيرا الجامعيين ب 98.46 وهي قيم متقاربة ومرتبطة تنازليا. ولا تتسجم مع ترتيب المتوسطات لأفراد العينات على مقياس السلوك الصحي. ونلاحظ من خلال هذه النتيجة أن درجات الجامعيين هي الأكبر وتأتي بعدها درجات ذوي المستوى المتوسط فالثانويين وأخيرا درجات الأُميين على مقياس نوعية الحياة. وأيضا بالنسبة لقيمة

الانحراف المعياري مقارنة جدا بين الثانويين وذوي المستوى المتوسط . حيث تتحرف درجات الثانويين عن المتوسط الحسابي بقيمة 14.79. وهي قريبة جدا من انحراف درجات ذوي المستوى المتوسط والتي تقدر ب 14.55. والفرق بين الانحرافين هو 0.24. وقيمة الانحراف المعياري متباعدة بالنسبة للجامعيين والأميين . حيث تتحرف درجات الأميين عن المتوسط الحسابي بقيمة 12.60. وهي بعيدة نوعا ما عن انحراف درجات الجامعيين والتي تقدر ب 16.19. والفرق بين الانحرافين هو 3.59. وأن قيمة $F=3.32$ وهي دالة أي قيمة F عند 0.05. بمعنى أن هناك فرق بين الأميين والجامعيين فقط في درجات نوعية الحياة. وباستخدام اختبار scheffe تأكد أنه توجد فروق بين الأميين والجامعيين فقط. وعند مستوى دلالة تقدر ب 0.05 وقيمة الفرق بين المتوسطين 7.21 وذلك على مقياس نوعية الحياة . من خلال تحليل المعطيات النظرية والميدانية التي تعرضت لها الدراسة ف ي مختلف فصولها، اتضح ت عدة نقاط مهمة حول متغير السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، وعلاقة كل منهما بطبيعة المحيط والبيئة التي يعيش فيها الفرد. ولقد تم الافتراض من البداية أن لنوعية الحياة التي يعيشها سكان الريف أو سكان المدينة أثر على سلوكياتهم الصحية. كما تؤثر بعض المتغيرات الأخرى كالجنس والعمل، والحالة المدنية وأيضا المستوى الدراسي وخصوصا الحالة الصحية. وعلى العموم فقد توصلنا إلي عدة نتائج سنحاول تلخيص أهمها فيما يلي:

1- هناك علاقة ارتباطه موجبة ودالة إحصائيا بين السلوك الصحي ونوعية الحياة وتقدر ب 0.49 وعند مستوى دلالة 0.01 .

2- هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين سكان الريف و سكان المدينة وأن قيمة $T=2.07$ بالنسبة لسكان الريف والمدينة . وهي دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.05. كما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين سكان الريف و سكان المدينة. وأن قيمة $T=2.58$ بالنسبة لسكان الريف والمدينة ، وهي دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.01.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

- 3- هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين الأصحاء والمرضى وأن قيمة $T=3.26$ بين العينتين أي بالنسبة للمرضى و الأصحاء وهي دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.01. كما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين العينتين. وأن قيمة $T=3.39$ بين العينتين أي بين المرضى والأصحاء وهي دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.01.
- 4- لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي بين الإناث والذكور وأن قيمة $T=0.63$ صغيرة بين العينتين أي بالنسبة للذكور والإناث. وهي غير دالة معنويًا أي قيمة $t.test$ عند 0.52. كما لا توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين العينتين و بقيمة $T=0.026$ وهي صغيرة جدًا، وهي غير دالة أيضًا أي قيمة $t.test$ عند 0.979.
- 5- هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين العاملين والبطالين وأن قيمة $T=2.31$ وهي دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.05. كما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين العينتين وأن قيمة $T=2.09$ ، وهي دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.05.
- 6- لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي بين المتزوجين والعزاب وأن قيمة $T=0.27$ بالنسبة للمتزوجين والعزاب. وهي غير دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.78. وأنه توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين العينتين وقيمة $T=1.06$ بالنسبة للمتزوجين والعزاب، وهي دالة أي قيمة $t.test$ عند 0.05.
- 7- لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي حسب المستوى الدراسي. وأن قيمة F بلغت 1.22. وهي غير دالة أي قيمة F عند 0.29، وهناك فروق بين الأميين والجامعيين فقط في درجات نوعية الحياة، وأن قيمة $F=3.32$ وهي دالة أي قيمة F عند 0.05 وهذا حسب اختبار ANOVA. وباستخدام اختبار scheffe تأكد أنه توجد فروق بين الأميين والجامعيين فقط. وعند مستوى دلالة تقدر ب 0.05 وقيمة الفرق بين المتوسطين 7.21 وذلك على مقياس نوعية الحياة.

ثانياً: مناقشة وتفسير النتائج على ضوء:

- وسنحاول فيما يلي مناقشة هذه النتائج على ضوء:

1 -الفرضيات المصانة.

2 -نتائج الدراسات السابقة.

3 -مجالات الدراسة.

1. الفرضيات المصانة:

من خلال النتائج المتحصل عليه فإننا يمكن القول أن الفرضية العامة والقائلة بأنه :

*-توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين درجة السلوك الصحي ونوعية الحياة.

قد تحققت بمستوى دلالة 0.01.

وأن الفرضية الجزئية الأولى والقائلة بأنه :

• - توجد فروق في درجات السلوك الصحي و نوعية الحياة بين سكان الريف والمدينة.

قد تحققت لصالح سكان المدينة و بمستوى دلالة 0.05 و0.01 على التوالي.

وأن الفرضية الجزئية الثانية والقائلة بأنه:

• توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الأصحاء والمرضى.

قد تحققت لصالح الأصحاء و بمستوى دلالة 0.01 على المقياسين.

وأن الفرضية الجزئية الثالثة والقائلة بأنه:

• توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الجنسين.

لم تتحقق بمعنى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في درجات السلوك الصحي و نوعية الحياة.

• وأن الفرضية الجزئية الرابعة والقائلة بأنه:

• توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين العاملين والبطالين.

تحققت لصالح العاملين و بمستوى دلالة 0.05 على المقياسين.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

• وأن الفرضية الجزئية الخامسة والقائلة بأنه:

توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين المتزوجين والعزاب
تحققت لصالح العزاب و بمستوى دلالة 0.05 بالنسبة لنوعية الحياة. ولم تتحقق في شطرها
الثاني والخاص بالسلوك الصحي.أي لا توجد فروق بين العزاب والمتزوجين في درجات
السلوك الصحي

• وأن الفرضية الجزئية السادسة والقائلة بأنه:

• توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب المستوى الدراسي.
لم تتحقق إلا فيما يخص عينة الأميين والجامعيين-أي توجد فروق - في درجات مقياس
نوعية الحياة فقط وبمستوى دلالة 0.05.

2. نتائج الدراسات السابقة:

على أساس ما تم التوصل إليه من نتائج فإنه يمكن القول على العموم أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي و نوعية الحياة وأن هذه النتائج على العموم لا تختلف كثيرا عن التي أشارت إليها نتائج الدراسات السابقة. ففي نتائج الدراسة التي أجراها الدكتور **سامر جميل رضوان** والدكتور **كونراد ريشكة** حول "السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة"- دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان- وهدفت هذه الدراسة إلى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات الصحية للطلاب من منظور عبر ثقافي بهدف إيجاد فروق عبر ثقافية بين عينة سورية وألمانية. أظهرت الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية، بعضها منم للصحة مثل تناول الفاكهة والنوم عدد كاف من الساعات، وتنظيف الأسنان وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب وفحص الصدر. لا تختلف كثيرا عن نتائج الدراسة الحالية حيث ومن خلال استجابات الأفراد، هناك العديد من السلوكيات الصحية السليمة والتي تنتشر بين أفراد العينة ،كعدم الإكثار من الحلويات و عدم تناول الأدوية المهدئة...الخ وقد يعود هذا إلي عدة عوامل منها انتشار الوعي بين السكان بمدى خطورة تناول الأدوية المهدئة دون استشارة الطبيب . ومعرفة الأغلبية الساحقة من الناس أن الحلويات وما تحويه من سكريات أصبحت خطرا يهدد صحتهم ، إما بارتفاع نسبة السكر كما هو معتقد أو الإصابة بمرض السكر أو السمنة .

إلا أن الأمر لا يخلو من بعض السلوكيات الصحية الغير السليمة خاصة منها تناول الأدوية المصنوعة من الأعشاب ،والاعتماد على العجائن في الوجبات اليومية ،و أيضا معاودة إهمال الصحة بعد الشفاء...الخ وقد يعود هذا إلي اهتزاز ثقة المرضى بالأدوية الكيميائية خاصة بعد ظهور عدة أمراض فشلت هذه الأدوية في إيجاد شفاء لها.لهذا يجد هؤلاء الخلاص و الأمل في الأدوية المصنوعة من الأعشاب، أضف إلى ذلك دور الإعلام الخطير في الترويج لهذا النوع من الأدوية.أما بالنسبة لتناول العجائن بشكل كبير فقد يعود إلى عدة أسباب منها ثقافة المجتمع الاستهلاكية ،و أيضا قدرة المستهلك

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

الشرائية. حيث ليس بإمكان الجميع التنويع في الوجبات الغذائية. إما بسبب انخفاض الراتب أو لغلاء السلع في حد ذاتها .

أما فيما يخص نوعية الحياة فإن الفرق في الدرجات كان أكثر وضوحا بين سكان الريف والمدينة ،وبين الأصحاء والمرضى ،وأیضا بین الأمیین والجامعین وهذا قد يرجع إلى دور العلم الكبير في تنوير الأفراد بضرورة الحفاظ على الصحة ،أضف إلى ذلك أن أغلب الجامعيين من المجتمع الحضري.في حين أنه لا تتاح الفرصة نفسها للقاطنين بالأرياف خاصة البعيدة عن المدن ،وهذا ما ينسجم مع نتائج الدراسة التي قامت بهاد.هناك الجوهرى حول أهم المتغيرات المؤثرة على نوعية الحياة فوجدت أن هناك ارتباط عال بين مستوى نوعية الحياة والمستوى التعليمي يقدر ب 0.853 وبمستوى دلالة 0.01.

كما أن ظروف العيش الوعرة في بعض الأحيان بالأرياف ف تفسر الفرق بينهم وبين سكان المدينة في الدرجات على المقياسين.فخصائص كل بيئة منهما تؤثر بشكل مباشر على مستوى العيش وتحدد مستوى الرضا عن الحياة .والأمر واضح بالنسبة للأصحاء والمرضى لأن الأصحاء يمارسون عادات صحية أكثر من المرضى فمن المؤكد أنهم يحافظون على صحتهم بشكل أفضل.لهذا ترتفع درجاتهم على المقياسين . أضف إلى أن عدد الأصحاء كان أكثر من عدد المرضى وهذا يؤثر إحصائيا على النتائج. وهذا ما تبين من خلال الدراسة التي قامت بها المديرية العامة للصحة بفرنسا والتي جرت على عدد كبير من النساء الأكثر من 45 سنة والمصابات بمرض سرطان أو أمراض القلب وجدت أن هناك علاقة وطيدة بين الصحة ونوعية الحياة.

حيث أنها أشارت إلى أن المرض أو الأعراض المرضية تؤدي إلى انخفاض عام في مستوى نوعية الحياة وخاصة بالنسبة للبعد البدني أكثر منه بالنسبة للبعد العقلي. كذلك الأمر بالنسبة لظهور أمراض مفاجئة يؤدي إلى انخفاض شديد في مستوى نوعية الحياة أكثر من الحالة الأولى.

نفس القضية تطرح بالنسبة للعمال والبطالين حيث أن العمال درجاتهم أعلى من البطالين وهذا راجع إلى تأثير مستوى الدخل على صحتنا ومستوى نوعية حياتنا ومعيشتنا على العموم. فالبطال قد لا يملك ثمن شراء معجون الأسنان حتى إنناهيك عن عجزه في دفع ثمن العلاج أو الدواء، وهذا ما أشارت إليه الدراسة، التي قامت بها وحدات الاستخبارات لعلماء الاقتصاد للتنبؤ بأحوال سنة 2005 حول نوعية الحياة قصد وضع دليل يقيس مؤشرات ومستوى نوعية الحياة للدول. وقد تمت هذه الدراسة المسحية على 111 دولة. ومن النتائج المتوصل إليها أن مستوى الدخل يمثل نسبة 50% من مستوى الرضا عن الحياة داخل هذه الدول، وحتى في الدول الغنية الأكثر دخلا هم الأكثر رضا عن نوعية حياتهم. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي ترتيب الدول حسب مستوى نوعية الحياة داخلها. فكانت أيرلندا في المقدمة بمجموع 8.333 درجة على المقياس المطبق رغم أنها تأتي في المرتبة الرابعة من حيث الدخل الفردي، الذي تحتل فيه لوكسمبورغ المرتبة الأولى والمرتبة الرابعة في مستوى نوعية الحياة بمجموع 8.015 ويفسر الخبراء وضع أيرلندا بالرجوع إلى التفاعل الحاصل بين التحضر والتقاليد في تحديد مستوى الرضا عن الحياة. وذلك لأنها نجحت في المزج بين العوامل المرغوب فيها كوسائل الترفيه، نقص نسبة البطالة، الحرية السياسية والحفاظ على بعض التقاليد وتعزيزها كاستقرار العائلي واجتتاب التفرقة بين الطبقات الشعبية... الخ واحتلت قطر المرتبة 41 من حيث مستوى نوعية الحياة والمرتبة 6 من حيث قيمة دخل الفرد وهي في المرتبة الأولى بالنسبة للدول العربية. وها لأنها من الدول الغنية. في حين تحتل الجزائر المرتبة 81 بمجموع 5.571 على مقياس نوعية الحياة من بين 111 دولة وبقيمة 5.770 دولار للدخل الفردي وبهذا تحتل المرتبة 76. وهذه النتائج تفسر الفرق بين البطالين والعاملين في درجاتهم على المقياسين. بمعنى أن هناك علاقة طردية بين ارتفاع مستوى الدخل وبين مستوى نوعية الحياة وإتباع سلوكيات صحية .

غير أن الأمر يختلف بالنسبة لمتغيري الجنس والحالة المدنية .ففي حالة الفروق بين الذكور والإناث لم تكن دالة على المقياسين حيث ،وقد يعود هذا إلى عدة عوامل منها أن فرص التعليم و العمل أصبحت متاحة بشكل متساو بين الجنسين مما يسمح لكليهما بفهم الأمور والتثقف والتحسين من مستوى العيش، وهذا إذا لم يتم الأخذ بعين الاعتبار الفرق في العدد بين أفراد العينة .

أما بالنسبة للمتزوجين وغير المتزوجين فإن الاختلاف ظهر فقط على درجات مقياس نوعية الحياة لصالح العزاب.ولكن ليس بشكل كبير، ويمكن تفسير هذا الاختلاف كون المتزوجين أصبحت لديهم مسؤوليات أكثر مقارنة مع العزاب.كزيادة مصاريف البيت و متطلبات الأبناء تزيد أيضا كلما تقدموا في السن، مثل ل اللباس والأكل والدراسة، وغيره ا من الاحتياجات.بمعنى أن المدخول لم يعد يكفي مع غلاء المعيشة وبالتالي انخفاض مستوى الرضا عن الحياة.

3- مجالات الدراسة:

فيما يخص مجالات الدراسة فإن النتائج المتحصل عليها تبين أن المجال الجغرافي له الأثر الواضح في علاقة السلوك الصحي بنوعية الحياة حيث أن الحياة التي يعيشها سكان المدينة تختلف في عدة تفاصيل عن التي يعيشها سكان الريف. خاصة وأن بعض المناطق التي وزعت بها الاستثمارات بعيدة عن المدينة وتفتقر لأدنى شروط الحياة الصحية. كما أن مدينة سطيف منطقة هضبيّة متنوعة التضاريس وواسعة. وهذا يعني الاختلاف في العوامل المناخية. وهذا ما ساعد في كشف أثر الاختلاف البيئي على علاقة السلوك الصحي بنوعية الحياة على اعتبار أن مميزات كل منطقة من محددات نوعية الحياة للأفراد الذين يعيشون فيها.

أما فيما يخص المجال البشري فقد كانت العينة مكونة في البداية من 460 فرد أو على الأصح وزع 460 مقياس. وهذا بواقع 230 فرد من سكان مدن ولاية سطيف و 230 منهم من سكان أرياف الولاية، والبالغين من العمر 18 سنة فما فوق. إلا أنه تم استرجاع 317 استمارة فقط. وهذا راجع لعدة أسباب منها أن الناس بصورة عامة وخاصة القاطنين بالأرياف رفضوا الإجابة على الأسئلة خوفا من عدة أمور أو معتقدات. منها أنها قد تكشف خصوصياتهم، أو لعدم قدرتهم على القراءة، أو أنها قد تفوت عليهم فرص الحصول على مسكن.... الخ. وهذا أيضا له علاقة بالمستوى التعليمي. حيث نجد أن أغلب المقاييس ملئت من طرف الجامعيين والثانويين. ولهذا كانت الفروق أكثر وضوحا بينهما على درجات المقاييس. كما وأن نسبة تمثيل هذه العينة لسكان الولاية غير كافية إحصائيا. لهذا تبقى الدراسات الاستطلاعية ضرورية على الأقل كمحاولات لرسم أو وضع تصور مبدئي لهذه العلاقة بهذه الولاية ومن خلالها للجزائر ككل. كذلك كانت نسبة الإناث المشاركات في هذه الدراسة أكبر من الذكور، وهذا قد يعود حسب تصريح أغلبهن إلى أنهن وجدن متنفسا خلال إجابتهن على الأسئلة المطروحة، وأيضا كون الفرد الجزائري عموما مازال لا يثق بسرية وجدوى البحث العلمي؟؟!! إلا أن الاستجابات بصورة عامّة كانت متقاربة جدا. وأيضا نسبة الأصحاء كانت أكبر بثلاثة أضعاف من نسبة المرضى

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

وهذا قد يعود إلى خوف أو خجل الأفراد من التصريح بمرضهم. أو أن هذه النسبة تتوافق مع نتائج الدراسة التي قامت بها OMS والتي بينت أن 75% من السكان غير مرضى (مرض يحتاج للعلاج). و 24% من السكان مرضى في بيوتهم ويحتاجون إلى نوع من العناية أو الرعاية الصحية. و 1% مرضى في المستشفيات. وتعني نتائج هذه الدراسة أن 75% من الناس يمكنهم المحافظة على صحتهم بإتباع سلوكيات وعادات صحية. بمعنى أن نسبة 44.16% من أفراد العينة استطاعوا الحفاظ على صحتهم. وأن نسبة 23.65% لم يستطيعوا ذلك.

بالنسبة للمجال **الزمني** فقد تمت هذه الدراسة في غضون العام الدراسي الممتد ما بين 2006-2007. وهذه المدة طبعاً لا تكفي لإجراء دراسة مهمة كهذه. خاصة فيما يخص جمع بعض المعلومات عن المتغيرات الأساسية للدراسة في الجانب النظري. واسترجاع وتفرغ المقياسين في الجانب الميداني. لهذا فإننا قد نفسر تقارب النتائج بين الجنسين بصغر حجم العينة وأنه ربما لو كانت العينة أكبر لاختلفت النتائج؟!.

المجال **المنهجي** هو الآخر كان له الأثر في نتائج الدراسة حيث أننا اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الإحصائي وبتطبيق مقياسين حول السلوك الصحي ونوعية الحياة، إلا أن المنهج الإحصائي في بعض الأحيان لا تكون له دلالة علمية عميقة. وبالتالي قد لا تعبر نتائجه عن الظاهرة بصدق. أو كما يقول أصحاب الاتجاه البديل في دراسة متغير نوعية الحياة. أضف إلى ذلك أن المقياسين في حد ذاتهما ورغم محاولتنا التوسع فيهما. إلا أنهما لم يتمكنوا من قياس جميع المؤشرات الخاصة بالسلوك الصحي، مثل سلوك القيادة الإدارية أو قيادة السيارة، أو مثل التفاعل مع الطبيعة بشكل مباشر كسلوكيات غرس الأشجار أو تلوينه الخ. الأمر نفسه بالنسبة لمقياس نوعية الحياة والذي تتسع وتتعدد فيه المؤشرات التي تقيسه بشكل فلسفي وتجريدي، يصعب في بعض الأحيان التعبير عنه في كلمات، ويرى بعض العلماء أن السؤال العام: هل أنت راض عن حياتك؟

يكفي لقياس متغير نوعية الحياة! أيضا قلة المعلومات ذات الصلة بالدراسة أثرت في إعداد المقياسين.

وعلى كل حال فإنه من الصعب بما كان إعداد مقياس يشتمل على جميع المؤشرات التي تقيس المتغيرين لعدة اعتبارات. منها يجب أن تكون الدراسة مطولة وتحليلية وإحصائية معا. وأن يتم تحديد هذه المؤشرات بشكل علمي ودقيق يحترم اختلاف الشعوب وخصائصهم. و على العموم فإن النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة الحالية تثبت أنه توجد علاقة دالة إحصائية بين متغير نوعية الحياة و متغير السلوك الصحي رغم أنها متوسطة القوة 0.49 إلا أنها دالة عند 0.01. حيث تلعب نوعية الحياة التي يعيشها الفرد دورا أساسيا في إتباعه من عدم إتباعه لسلوكيات صحية، فالحياة التي يعيشها أهل الريف بصعوباتها تجعلهم أكثر عرضة للمخاطر الصحية. إما بسبب عدم أو قلة توفر المستشفيات والمراكز الصحية، أو بسبب الحالة السيئة للطرق والتي لا تسمح لهم بالتنقل سواء للعلاج أو للعمل أو الدراسة، أو قضاء احتياجاتهم الضرورية. وهكذا فإن مؤشرات مهمة كالتعليم، والعمل (الدخل)، والرعاية الصحية تؤثر بشكل كبير على درجات استجابة سكان الريف وتجعلها مختلفة عن درجات استجابة سكان المدينة. أيضا حالة السكن السيئة بالأرياف، ومشكل صرف المياه، وكذلك نوعية الأعمال التي يقوم بها أهل الريف وما تتميز به من صعوبة كونها تتطلب الجهد العضلي الكبير. بخلاف أعمال أهل المدينة التي تتطلب جهدا فكريا أكبر. لهذا نجد أن سكان المدينة تكثُر فيهم الأمراض العقلية أكثر من سكان الريف. كما أن سكان المدينة أكثر تعرضا للأمراض النفسية والعصبية، بسبب نوعية الحياة التي تتميز بها المدينة من فوضى وضوضاء، و اكتظاظ في السكنات وعبء حسي، والمشاكل التي لا تعد ولا تحصى سوءا على المستوى الأخلاقي أو على المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

ومجمل القول أن محاولة الفصل بين مؤشرات نوعية الحياة بما فيها مؤشر الصحة لا يفيد البحث العلمي بالشيء الكثير. فمستوى المعيشة التي نعيشها له علاقة مباشرة بالبيئة

التي نعيش فيها سواء الطبيعية، كالريف والمدينة وما يميز كل بيئة عن الأخرى من تسهيلات وعراقيل. كما أن مستوى التعليم هو الذي يحدد في أغلب الأحيان المستوى الاجتماعي ونوع العمل وهذا الأخير يتحكم بشكل كبير في مستوى الدخل، وعلى أساس هذا الدخل يمكن أن يحسن الفرد مستوى معيشته، بتوفير الغذاء والملبس والسكن اللائق وتلبية الاحتياجات اليومية وخاصة الضرورية منها، وبتوفر هكذا شروط للحياة يمكن للفرد أن يتمتع بصحة أفضل. هذا على المستوى المادي. بالنسبة للمستوى الاجتماعي أيضا ولعلائقي بين أفراد الأسرة والمجتمع ككل يتأثر هو الآخر بالمستوى المادي ويؤثر بدوره هفي نوعية الحياة التي يعيشها الفرد بصورة خاصة، والتي تعيشها الأسرة بصورة عامة. فالمساندة والوضع العاطفي، والنفسي للفرد داخل أسرته و مجتمعه هي من يحدد ملامح حياته بصورة عامة. فعدم الشعور بالأمان لوحده قد يجعل الحياة التي تعيشها الأفراد والشعوب صعبة رغم توفر الدخل الكافي ومتطلبات الحياة العصرية. كما أنه لا يمكن للفرد التمتع بحياته إن كان يعاني من مشاكل صحية دائمة. رغم توفر إمكانات الترفيه والتسلية لديه.

من الملاحظ في هذه الدراسة أيضا أن أفراد العينة أجمعوا بالأغلبية على تدني مستوى الخدمات الصحية وخدمات النقل وعلى مستوى جميع المتغيرات. بمعنى منطقة السكن، الجنس، مستوى التعليم، الحالة الصحية والمدينة. لهذا كان المتوسط الحسابي على مقياس نوعية الحياة لا يتجاوز 98 درجة في أحسن الأحوال. وفي الختام لا ننسى مؤشر مهم يعتبر من أهم محددات نوعية الحياة لدى الشعوب، خاصة منها التي تدين بديانة ما، وهو مؤشر الإيمان إذ أن له الأثر الكبير في تحديد نوعية الحياة التي يعيشها الفرد بإتباع الأوامر والنواهي الدينية التي تحفظ عليه نفسه، وقدره، وقوته، وماله، و صحته النفسية والجسدية.

كل هذه المؤشرات التي تم ذكرها -وليس حصرها- وغيرها من العوامل التي تحدد نوعية حياة الأفراد والمجتمعات بمختلف مميزاتها، وأثرها على سلوكياتنا الصحية. هي من

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

يحدد نظرة سكان الريف أو المدينة - الأصحاء والمرضى، الذكور والإناث، البطالين والعاملين، المتزوجين أو العازبين، المتعلمين أو الأميين، وحتى الصغار والكبار - للحياة.

وكلما كانت نظرتنا للحياة أكثر تفاؤل وأمل كلما حرصنا على عادات و سلوكيات صحية أكثر للحفاظ على صحتنا حتى نعيش ونستمتع بهذه الحياة. والعكس وارد وبشكل كبير. وهذا ما تشير إليه الدراسة التي قام بها كل من **بريسلو Breslow** و **بيلوك Belloc** و **وسايم Syme** و آخرون في إطار سلسلة من الدراسات المسحية ضمن مشروع علمي حول تأثير الأسلوب الشخصي في الحياة "Personale life style" على الصحة البدنية. وخلاصة القول أن المؤشرات بجميع أنواعها تتفاعل بشكل مباشر و ديناميك ي ومستمر -ومن أهمها الصحة- لتشكل في الأخير تصورا عاما حول كيفية تقديرنا لنوعية الحياة التي نعيشها.

و بالتالي فإننا نأمل أن أهداف الدراسة قد اتضحت وتحققت ولو بالشكل اليسير، واستطعنا لفت الانتباه لخطورة الوضع الصحي في الجزائر خاصة وفي جميع الدول عامة. وأن تخصص علمي معين لوحده لا يمكنه أن يفسر الظاهرة الاجتماعية المدروسة لوحده، وأن تضافر جهود العلماء من مختلف التخصصات سيكون أكثر فائدة وواقعية، حيث نتمكن من وضع تصور أكثر شمولية ومتعدد الزوايا. للتفاعل الحاصل بين سلوك الفرد وشروط معيشته ونتائج هذا التفاعل على الجانب الصحي. وأنه فعلا الاختلاف في الوسط المعيشي (المدن والأرياف) له أثر فعلي على السلوكيات الصحية.

الخاتمة

الخاتمة:

تعتبر الصحة من أهم مؤشرات نوعية الحياة خاصة في السنوات الأخيرة ، باعتبار أن كل الدول تطمح إلى التنمية المستدامة . وهذا طبعا بالاعتماد على عنصر مهم لنجاح هذه العملية ألا وهو الإنسان. هذا الأخير الذي لن يستطيع القيام بأعباء هذه التنمية إن لم يكن يتمتع بصحة جيدة أو على الأقل مقبولة. لهذا كان من الطبيعي إعطاء اهتمام كبير للملف الصحي من قبل الدول، و من ثمة من طرف الباحثين باعتبارهم الركائز العلمية لتقدم ونمو وكذا خدمة المجتمعات . حيث تركز أغلب البحوث اليوم في الدول المتقدمة أو النامية على البحث عن أساليب فعالة لتحسين نوعية حياة شعوبها. وهذا من خلال تعويدهم على العادات الصحية السليمة. سواء تعلق الأمر ببيئة الفرد الداخلية النفسية أو الجسدية أو المحيط الذي يعيش فيه. وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الحالية والتي توصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة التي يعيشها الفرد والسلوكيات الصحية التي يمارسها. كما اتضح أيضا أن هناك فروق بين سكان الريف والمدينة ، والأصحاء والمرضى في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة ، وبين العاملين والبطالين أيضا . وكذلك بين الأميين والجامعيين . وقد يرجع ذلك إلى خصائص كل من الريف والمدينة، وملامح الحياة فيهما ، وكون الأصحاء أكثر إتباعا للعادات الصحية ، كما وأن العاملين أحسن حالا ودخلا من البطالين. والمتعلمين أيضا أكثر اطلاعا ووعيا من غير المتعلمين. إلا أن هذه الأمور تبقى نسبية خاصة في العلوم الاجتماعية . لهذا نجد الاختلاف الكبير بين العلماء في قياس هذين المتغيرين باعتبارهما من المتغيرات التي يستدل عليها و لا يستدل بها في غالب الأحيان. وهكذا فإنه و لفهم وقياس نوعية الحياة والسلوك الصحي لا بد من وضع محددات ومؤشرات دقيقة توضح حقيقة هذين المفهومين الواسعين والمهمين دون شك.

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن نوع العلاقة التي تربط متغير السلوك الصحي بنوعية الحياة .وكذا عن إمكانية وجود فروق في درجات هذين المتغيرين حسب بعض المتغيرات الأخرى. كالمنطقة السكنية (ريف/مدينة) والجنس (ذكور/إناث) والحالة الصحية (أصحاء/مرضى) وكذلك الحالة المدنية (متزوجين/ عزاب) ،والعمل(عاملين/بطالين) وأخيرا حسب المستوى الدراسي(أمين/م.متوسط/ثانوي/جامعيين)

وقد تم استخدام أداتين هما مقياس السلوك الصحي، ومقياس نوعية الحياة قصد جمع المعلومات حول هذين المتغيرين. وطبق هذان المقياسان على عينة بلغ عدد أفرادها 317 فرد ،والساكنين ببعض مدن وأرياف ولاية سطيف، خلال سنة 2006/2007. وتم تحليل النتائج بالبرنامج الإحصائي spss12.

وقد أسفرت الدراسة الحالية على النتائج التالية:

1- هناك علاقة ارتباطه موجبة ودالة إحصائيا بين السلوك الصحي ونوعية الحياة وتقدر ب 0.49 وعند مستوى دلالة معنوية 0.01 .

2- هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين سكان الريف و سكان المدينة بقيمة $T=2.07$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.05 ، و في درجات نوعية الحياة بقيمة $T=2.58$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.01.

3- هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين الأصحاء والمرضى بقيمة $T=3.26$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.01 و في درجات نوعية الحياة بقيمة $T=3.39$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.01 .

4- لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي و نوعية الحياة بين الإناث والذكور .

5- هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين العاملين والبطالين بقيمة $T=2.31$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.05 و في درجات نوعية الحياة بقيمة $T=2.09$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.05 .

6- لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي بين المتزوجين والعزاب. بينما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين المتزوجين والعزاب بقيمة $T=1.06$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.05.

7- لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي حسب المستوى الدراسي. بينما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين الأميين والجامعيين فقط بقيمة $F=3.32$ ، و بمستوى دلالة معنوية 0.05.

Résumé de la recherche

Cette recherche à pour objectifs :

- L'identification de la relation entre la qualité de vie et le comportement sanitaire.

- Ainsi que les différences entre les différentes variables comme le lieu de résidence (rural ou urbain) ,le sexe (masculin ou féminin),l'état de santé des individus (sains ou malades) , l'état civil (mariés ou célibataires) , le travail (fonctionnaires ou chômeurs) et selon le niveau scolaire (analphabète, niveau moyen , niveau secondaire, et universitaire).

- Plusieurs instruments ont été utilisés dans cette recherche pour obtenir des résultats plus précis et concrets, ainsi deux questionnaires ont été élaborés pour mesurer la qualité de vie et le comportement sanitaire,

- L'échantillon a été choisis au hasard, dont la taille est de 317 individus demeurant dans des zones rurales et urbaines de la wilaya de Setif durant l'année 2006/2007.

- On s'est basé sur la méthode statistique, vu que c'est la meilleure méthode d'obtenir et analyser les informations sur ce sujet.

- Les résultats de cette recherche ont mis en évidence :

- 1-Une relation significative (positive) entre les comportements sanitaires et les niveaux de qualité de vie (valeur : 0.49 N.S 0.01).

- 2-l'existence d'une différence significative entre la population rurale et la population urbaine .

- 3-l'existence d'une différence significative entre les sujets sains et les sujets malades .

- 4- Il n'y a pas de différence entre les deux sexes.

- 5- Il y a une différence significative entre les fonctionnaires et les chômeurs

- 6- il n'y a pas de différence entre les mariés et les célibataires en ce qui concerne le comportement sanitaire, par contre la différence est significative a propos de qualité de vie

- 7- Il n'y a Pas de différence significative entre les niveaux scolaires au sujet de comportement sanitaire. et La différence est significative entre les analphabètes et les universitaires au sujet de qualité de vie .

SUMMARY

This research has as objectives the following:

- The identification of the relation between the quality of life and the sanitary behaviour.
- the differences between the different variable as the place of residence (rural or urban) sex (male or female) health state of individuals (healthy or sick), civil status (married or unmarried), work (employed or unemployed) and according to the school level (illiterate, middle level, secondary, and university level).
- Several instruments have been used in this research to get more precise and concrete results, so two questionnaires have been elaborated to measure the quality of life and the sanitary behaviour,
- the sample has been chosen at random, whose size is of 317 individuals staying in rural and urban zones of the wilaya of Setif during the year 2006/2007.
- One took the statistical method as a basis, since it is the best method to get and analyze the information on this topic.
- The results of this research put in evidence :
 - 1- a significance relation (positive) between the sanitary behaviour and the level of life quality (value: : 0.49 I.S. 0.01).
 - 2-the existence of a significance difference between the rural population and the urban population .
 - 3-the existence of a significance difference between the healthy individuals and the sick individuals .
 - 4 – there is no difference between the two sexes.
 - 5 – there is a significance difference between the employed and the unemployed
 - 6 - there is no a difference between the married and the bachelors concerning the sanitary behaviour, whereas the difference is significance for quality of life
 - 7 -8 – there is no difference between the different school levels concerning sanitary behaviour. But the difference is significance between the illiterate and the university level individuals, about quality of life.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1- الكتب العربية:

1. حسين عبد الحميد أحمد وشوان، (2006)، البيئة والمجتمع: دراسة في علم الاجتماع البيئية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
2. غريب محمد سيد أحمد، (2006)، علم الاجتماع الحضري، القاهرة، دار المعرفة الجامعية.
3. هناء السيد، عواطف محمود ، (2005)، الإعلام والأسرة الريفية: دراسة لأثر في اتخاذ قرار الإنجاب، ط1، القاهرة، العربي للنشر والتوزيع.
4. عبد الرحمن المهنا أبو الخيل، محي الدين محمود قوابس، (2005)، النظم البيئية والانسان، الرياض، دار المريخ.
5. عبد الرحمن العيسوي، (2005)، الإيمان والصحة، القاهرة، المكتب العربي الحديث.
6. عصام توفيق قمر ، (2005)، الأنشطة المدرسية والوعي البيئي: الأطر النظرية والأدوار الوظيفية، التجارب الدولية، القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع.
7. سامي أحمد الموصلي، (2004)، الإسلام طبيب أمراض العصر، ط1، دمشق، دار النفائس للطبع والنشر والتوزيع.
8. رمضان عبد الحميد محمد الطنطاوي، (2004)، التربية البيئية تربية حتمية، ط2، القاهرة، دار النهضة العربية للطبع والنشر والتوزيع.
9. محيّد عواد الوريكاتي، (2004)، نظريات علم الجريمة، ط1، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع.
10. لطفي الشربيني، (2003)، الطب النفسي ومشكلات الحياة، بيروت، دار النهضة العربية.
11. محمد شمال حسن، (2003)، البيئة والأطفال: دراسة نوعية البيئة وأثرها في تشكيل سلوك الأطفال، ط1، القاهرة، دار الآفاق العربية، (سلسلة دراسات في علم النفس الاجتماعي -3).
12. وفاء سلامة، (2002)، التربية البيئية لطفل الروضة، تقديم ومراجعة سعد عبد الرحمن، القاهرة ، دار الفكر العربي، (سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس -5).

13. محمد عز الدين توفيق، (2002)، التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية: البحث في النفس الإنسانية من المنظور الإسلامي، ط2، القاهرة، دار السلام للطبع والنشر والتوزيع والترجمة
14. أبو طالب محمد سعيد، رشا أنيس عبد الخالق، (2001)، عوامل التربية: الجسمية . و النفسية والاجتماعية، ط1، بيروت، دار النهضة العربية، (سلسلة علم التربية العام -2-)
15. بهاء الدين إبراهيم سلامة، (2001)، الصحة والتربية الصحية، القاهرة، دار الفكر العربي.
16. جمعة سيد يوسف، (2001)، النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، القاهرة، دار غريب.
17. حلمي المليجي، (2001)، مناهج البحث في علم النفس، بيروت، دار النهضة العربية.
18. سمير فياض، (2001)، الصحة في مصر: الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى 2020، القاهرة، المكتبة الأكاديمية.
19. عصام الصفدي، مروان أبو حويج، عادل العماد، (2001)، العلوم السلوكية والاجتماعية والتربية الصحية، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
20. عثمان يخلوف، (2001)، علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، الدوحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
21. أيمن مزاهرة، (2000)، الصحة والسلامة العامة، عمان، دار الشروق.
22. محمد السيد عبد الرحمن، (2000)، علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج، القاهرة، دار قباء للنشر والتوزيع والطباعة، (موسوعة الصحة النفسية الكتاب 1 الجزء -1-).
23. فوزي محمد جبل، (2000)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، القاهرة، المكتبة الجامعية.
24. السيد سلامة الخميسي، (2000)، التربية وقضايا البيئة المعاصرة: قراءات عن الدراسات . البيئية للمعلم، الاسكندرية، دار الوفاء لدينا للطباعة والنشر.
25. حميد خرووف، بلقاسم سلاطينية، إسماعيل قيرة، (1999)، الإشكالات النظرية والواقع: مجتمع المدينة نموذجاً، قسنطينة، جامعة قسنطينة، (سلسلة علم الاجتماع).
26. فايز عبد المقصود شكر، أمان محمد أسعد، أبو القاسم إبراهيم عبد الحليم، (1999)، الصحة المدرسية، ط1، القاهرة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

27. السيد محمد العاطي السيد ، سامية محمد جابر ..، (1998)، دراسات بيئية وأسرية، القاهرة، دار المعرفة الجامعية.
28. حسين محمد الحميد أحمد رشوان ، (1998)، المدينة: دراسة في علم الاجتماع الحضري ، ط6. مزودة ومنقحة، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.
29. نظام أبو حجلة، (1998)، الطب النفسي الحديث، عمان، دار الشروق.
30. علي محمد الرزاق حليبي، (1998)، علم اجتماع السكان، القاهرة، دار المعرفة الجامعية
31. إميل خليل بيدسن، (1997)، صحتك تعني سعادتك: سبيل الرجل إلى اكتساب المناعة، بيروت، دار الآفاق الجديدة.
32. محمد الجوهري، (1997)، دراسات في علم الاجتماع الريفي والحضري، القاهرة، دار المعرفة الجامعية.
33. محمد نجيب الصبورة، (1997)، علم النفس البيئي: التلوث الكيميائي والاضطرابات النفسية والعصبية لدى بعض عمال الصناعة، القاهرة، دار الفكر العربي.
34. محمد الرحمن العيسوي، (1997)، في علم النفس البيئي، القاهرة، دار المنشأة.
35. الشيخ كامل محمد مويضة، (1996)، الصحة من منظور علم النفس، بيروت، دار الكتب العلمية.
36. محمد الفتاح محمد، (1995)، سيكولوجية السلوك الإنساني: الاتصال الجمعي والعلاقات العامة، بيروت، دار النهضة.
37. جابر محمد الحميد جابر ، سهير أنور محفوظ، سبيكة الخلفي، (1991)، علم النفس البيئي، القاهرة، دار النهضة العربية.
38. محمد السويدي، (1990)، مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري: تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغيير في المجتمع الجزائري المعاصر، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
39. محمد الرحمن العيسوي، (1990)، علم النفس الطبي، القاهرة، منشأة المعارف.
40. محمد العجار، (1989)، الطب السلوكي المعاصر: أبحاث في أهم موضوعات علم النفس الطبي والعلاج السلوكي، بيروت، دار العلم للملايين.

41. ألفرد سوڤي، (1985)، التحليل السكاني: المفاهيم والطرق والنتائج، ترجمة رياض ربيع،

الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

42. فيصل محمد خيرى الزراد، (1984)، الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات

، بيروت، دار القلم.

43. محز الدين فراج، (1984)، الإسلام والوقاية من الأمراض، بيروت، دار الرائد العربي.

44. يسرى الجوهري، (1976)، جغرافية السكان، القاهرة، منشأة المعارف.

45. محمد الحميد ديلمى، [د،ت]، الواقع والظواهر الحضرية، قسنطينة، منشورات جامعة قسنطينة

46. علي فؤاد أحمد، [د،ت]، مشكلات المجتمع الريفي في العالم العربي، بيروت، دار

النهضة العربية

.

2- الكتب الأجنبية:

47. Rabah. BOUSSOUF, (1992), Géographie et santé en Algérie, Alger, Office des publications universitaires.

48. Rachid. HAMIDOU, (1989), Le logement : un défi, Alger, Office des publications universitaires.

49. Jean. MORVAL, (1981), Introduction à la psychologie de l'environnement, Bruxelles, Pierre Mardaga.

50. Jean. LABASSE, (1980), L'hôpital et la ville, Paris, Hermann.

3- القواميس والموسوعات:

1. موسوعة القرن، (2006)، تونس، الدار المتوسطة للنشر.
2. المكتبة البيئية: الأم - الطفل - البيئة: معالجة نفسية فسيولوجية صحية، (2003)، محمد أحمد عبد الهادي، القاهرة، المكتب العربي للمعارف.
3. معجم المصطلحات الجغرافية، (2002)، بيار جورج، ترجمة حمد الطفلي، مراجعة هيثم اللمع، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
4. موسوعة شرح المصطلحات النفسية، إنجليزي/عربي، (2001)، لطفي الشربيني، تقديم حسين عبد الرزاق الجزائري، بيروت، دار النهضة العربية.
5. موسوعة علم النفس والتربية: السلوك مناهج العلاج النفسي، (2000-2001)، كرابس الدولية، (موسوعة علم النفس الشاملة، ج-6).
6. موسوعة الطب النفسي: الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا، (1999)، عبد المنعم حنفي، القاهرة، مكتبة مدبولي، المج -2.
7. موسوعة علم النفس، (1997)، رولان دورون، فرنسواز يارو، تعريب فؤاد شاهين، لبنان، عوידات للنشر والتوزيع والطباعة، مج -3.
8. Dictionnaire usuel de psychologie, (1983), Norbert SILLAMY, Paris, Bordas ed. abrégée.
- 9.civilisation."Microsoft®Études,;enciclopedia Encarta ;(2007) ;[DVD] ; 120min. ;4 CDs.

4- الدوريات:

1. **نحسان يعقوب**، (أوت، 2002)، جديد النوم والأرق، مجلة العربي، العدد 525، الكويت.
2. **محمد الخزنجي**، (فبراير، 2001)، سمين نشيط أم ... نحيف خامل؟، مجلة العربي، العدد 507، الكويت.
3. **رجب سعد السيد**، (أوت، 2001)، كل هذا الاستهلاك!، مجلة العربي، العدد 513، الكويت.
4. **محمد الناصر كعدوان**، (يونيو، 2001)، آلام الظهر هل أصبحت سمة عصرية؟، مجلة العربي، العدد 511، الكويت.
5. **حسان شمسي باشا**، (أغسطس، 2000)، احتشاء قلوب الشباب، مجلة العربي، العدد 501، الكويت.
6. **محمد الخزنجي**، (نوفمبر، 2000)، تحية لطبقة القش، مجلة العربي، العدد 504، الكويت.
7. **مدلي علي أبو طاحون**، (1996)، علاقة بعض عوامل البيئة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والفيزيائية بدرجة انتشار بعض الأمراض المعدية: دراسة حالة في قرية مصرية، مجلة العلوم الاجتماعية، مج: 24، العدد: 2، الكويت.
8. **حسان شمسي باشا**، (سبتمبر، 1995)، ارتفاع ضغط الدم: هل يمكن العلاج دون دواء؟، السنة: 38، العدد: 442، الكويت.
9. **محمد خمينغ العتيبي**، (ربيع/صيف، 1994)، أثر بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية على عدد الأولاد في الأسر السعودية في مدينة الرياض - دراسة ميدانية-، مجلة العلوم الاجتماعية، مج: 22، العدد: 2/1، الكويت.
10. **محمد العزيز بن محمد الله الدخيل**، (ربيع/صيف، 1994)، سلوك السلوك: مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج تطبيقاته، مجلة العلوم الاجتماعية، مج: 22، العدد: 2/1، الكويت.
11. **السيد أحمد حامد**، (ربيع 1990)، النموذج الاجتماعي الثقافي للقرية (حلقة البحث الدولية موسكو 1989)، مجلة العلوم الاجتماعية، مج: 18، عدد: 1، الكويت.
12. **راضي فاخر محمد النبي**، (صيف 1990)، الانفجار السكاني في البلدان العربية، مجلة العلوم الاجتماعية، مج: 18، عدد: 2، الكويت.
13. **محمد الرسول الموسى**، (ربيع 1988)، الوظيفة كأحد إفراتات التحضر في الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، مج: 19، العدد: 1، الكويت.

14. أحمد محمد عبد الخالق، (1981)، التفاوض وصحة الجسم: دراسة عاملية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد:1، الكويت.
15. طلعت منصور، (1981)، علم النفس البيئي: ميدان جديد للدراسات النفسية، مجلة العلوم الاجتماعية، السنة:8، العدد:4، الكويت.
16. زيدان عبد الباقي، (1978)، حول دوافع وبواعث السلوك الإنساني، مجلة العلوم الاجتماعية، السنة:6، العدد:2، الكويت.
17. فرج السطنبولي، (1978)، الأحياء القصدية في المدن الشمال-إفريقية، مجلة العلوم الاجتماعية، السنة:6، العدد:2، الكويت.
18. محمد العوض جلال الدين، (نيسان 1977)، السكان والتنمية: النظريات المختلفة وأوضاع العالم الثالث، مجلة العلوم الاجتماعية، السنة:5، العدد:1، الكويت.
19. MONOGRAPHIE 2006 :setif par les chiffres (12 ;2006) ,
el wafa,setif

5- مقالات من شبكة الإنترنت:

1. سامر جميل رضوان، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، (2007.7.24)، [اتصال شخصي عن طريق البريد الإلكتروني].
2. محمد الكافي كفاقي، التنمية اليبية، (2007.7.23)،
<http://www.alkafy.maktoobblog.com>
3. المجلة الطبية، 13 عادة صحية لتحسين نوعية الحياة (2007.7.23)،
<http://www.support@tartoos.com>
4. المجلة الصحية للشرق الأوسط ، منظمة الصحة العالمية، ، (2007.7.23)، حنان السيد بدر،
فيليب مودي، معتقدات الموظفين الحكوميين الكويتيين الذكور حول محل التحكم في الصحة وحول
التدخين، مج: 11، العدد: 2005/2/1. www.google.com
5. أوكفور، النساء العاملات لساعات طويلة يتناولن طعام غير صحي، (2007.7.10)
<http://www.egypt.com>
6. محادل مصطفى شكر، تأثير البيئة والسلوك على صحة الإنسان، (2007.7.10)،
<http://www.geocities.com>
7. سمير فياض، دراسة النظام الصحي في مصر، (2007.7.9)،
<http://www.al-ahaly.com>
8. الموسوعة الحرة، (2007.7.3)، <http://www.wikipedia.org/wiki/>
9. سارة بنت محمد الأسعد، تغيير السلوك الصحي يقلل من الأمراض ويزيد من الإنتاجية،
(2007.7.2)، <http://www.alriyad.com>
10. سامي المبدأ، استمارة السلوك الصحي، (2007.6.10)، <http://www.s7r.net>
11. موسى شرف الدين ، معايير السعادة والتعايش من منظور أهالي المعاقين عقليا،
(2007.6.10)، <http://www.4UArab.com>
12. محمد شريف بشير، التنمية من الكم إلى الإنسان: تحسين نوعية الحياة أساس التنمية،
(2006.8.31)، <http://alriyad.com>
13. صالح بن سعد الأنصاري ... وآخرون، دراسة النمط المعيشي للمعلمين والطلاب بالمملكة
السعودية، (2006.8.31)، <http://www.alriyad.com>
14. الطرائق الفعالة في تعليم قواعد السلوك الصحي،
(2006.8.31)، <http://www.geocities.com>

15. محمد الجواد الصاوي، من إعجاز القرآن والسنة في الطب الوقائي والكائنات الدقيقة: الوقاية

من انتشار الأمراض، (2006.6.1)، <http://www.aleijaz.net>

16. Serge. BRIANÇON, Conséquence de la maladie chronique : La qualité de vie et ses déterminants, (24.7.2007), <http://www.sante.gouv.fr>
17. The quality of life theory, (4.7.2007), <http://www.The.scientific.world.com>
18. The economist intelligence unit's quality of life index, (4.7.2007), <http://www.economist.com>
19. Theory of quality of life, (3.7.2007), <http://www.books.google.fr>
20. Relevé épidémiologique annuel, (R.E.M), (3.7.2007), institut national de santé publique, Alger (2003.2004.2005). <http://www.ands.dz.com>
21. Quality of life, (3.7.2007), <http://www.wikipedia.org>
22. Dhananjaya. Sharma, Health-related quality of life and its assessment in GI Surgery, (23.4.2007), <http://www.indianjsurg.com>
23. J. Julkunen, Health-related QOL and psychological factors in treatment of hypertension, (22.4.2007), <http://www.nature.com>
24. Tara w. Strine, Earls, Ford ... et al, Risk behaviors and health related QOL among adults with asthma, (22.4.2007), <http://www.chestjournal.org>
25. Ken, Watkins, Cathleen, M. Connell, Measurement of health-related QOL in diabetes mellitus, (1.4.2007), <http://www.nedscape.com>
26. Anne, François, Jean-Luc Mayer, Qualité de vie des maladies chroniques, (10.12.2006), <http://www.nordpasdecals.fr/santé/>
27. Quality of life, (8.12.2006), <http://www.rpprogress.org>
28. Organisation mondiale de la santé: La santé mentale, nouvelle conception/nouveaux espoirs, (30.8.2006), www.google.fr

الملحق رقم 1: مقياس السلوك الصحي

احتوى هذا المقياس على العبارات التالية:

1. هل تشعر أنك ملئ بالطاقة؟
2. هل وزنك مناسب لسنك؟
3. هل تقوم بأعمالك اليومية دون إحساس سريع بالتعب؟
4. هل تفعل ما بوسعك للمحافظة على صحتك؟
5. هل تتحسن بسرعة بعد مرضك؟
6. هل تتمتع بصحة جيدة عموماً؟
7. هل تحافظ على عادات صحية فيما يخص الأكل، النوم...؟
8. هل تؤجل أعمالك عندما تحس بالتعب؟
9. هل تشعر بالارتياح خلال قيامك بأعمالك اليومية؟
10. هل تتبع حمية غذائية (رجيم)؟
11. هل تحرص على تناول أغذية صحية معينة؟
12. هل تتناول الحلويات بكثرة؟
13. هل تتناول اللحوم بكثرة؟
14. هل تتعرض بسرعة للأمراض المعدية كالأنفلونزا؟
15. هل تتعرض للمرض بشكل متكرر؟
16. هل تحتاج إلى إضافة الملح في وجباتك الغذائية؟
17. هل تتناول القهوة والشاي بكثرة؟
18. هل تتناول الأدوية دون استشارة الطبيب؟
19. هل تفضل تناول الأدوية المصنوعة من الأعشاب؟
20. هل يزعجك غسل أسنانك ثلاث مرات في اليوم؟
21. هل تتناول المشروبات الغازية بكثرة؟
22. هل تعود إلى إهمال صحتك بعد شفائك من المرض؟
23. هل يعاني بعض أفراد عائلتك من الأمراض المزمنة؟
24. هل تشاهد التلفزيون (الكمبيوتر) لوقت طويل؟
25. هل تكثر من المأكولات سريعة التحضير؟
26. هل تدخن؟

27. هل تعتمد على العجائن في وجباتك اليومية؟
 28. هل تفضل الصوت المرتفع عموماً؟
 29. هل تحترم مواعيد أخذ الدواء؟
 30. هل تحتفظ بالأدوية الضرورية في المنزل؟
 31. هل تقوم بصيانة دورية للأجهزة التي تعمل بالكهرباء والغاز في البيت؟
 32. هل تقوم بالفحوصات والتحاليل الروتينية للاطمئنان على صحتك؟
 33. هل تحاول المحافظة على تناول الوجبات في أوقاتها؟
 34. هل تهتم بنظافة جسمك كما يجب؟
 35. هل تهتم بنظافة المحيط الذي تعيش فيه؟
 36. هل تمارس بعض التمارين الرياضية؟
 37. هل تنام لوقت كاف؟
 38. هل تقوم بزيارة الطبيب إذا ما أحسست بألم أو توعك؟
 39. هل تحترم مدة العلاج المحددة من قبل الطبيب؟
 40. هل تتناول الأدوية المهدئة؟
 41. هل تقدر مدى احتياجك لشرب الماء؟
 42. هل تأكل طعامك بسرعة؟
 43. هل تقوم بالاسترخاء عند إحساسك بالتعب؟
 44. هل وضعك الأسري مستقر؟
 45. هل تتناول وجبات متنوعة (لحوم، فواكه، خضر، حليب، عجائن...)?
 46. هل تأكل قدر حاجتك من الطعام؟
 47. هل تتبع نصائح الطبيب عندما تصاب بمرض معين؟
 48. هل تتوجه للمركز الوقائي في حالة سماعك بمرض معدي في الحي؟
 49. هل تحرص على شراء ملابس مريحة ومناسبة لمقاسك؟
 50. هل تعاني من المرض؟
- وكانت الاختيارات كما يلي: لا - أحيان - غالباً

الملحق رقم 2: مقياس نوعية الحياة

احتوت هذا المقياس على العبارات التالية:

1. ما هو تقييمك لنوعية حياتك؟
2. كيف عي حالتك الصحية؟
3. ما هو تقييمك لقدرتك الجسدية؟
4. كيف هي طريقتك في الحفاظ على صحتك؟
5. كيف تقيم تمتعك بالحياة؟
6. كيف هي قدرتك على التركيز؟
7. كيف هو شعورك بقيمة حياتك؟
8. كيف ترى مظهرك الخارجي؟
9. كيف هو شعورك بالأمان في حياتك اليومية؟
10. كيف هي أوضاعك المالية؟
11. كيف هي ثقافتك العامة؟
12. كيف تقيم طرق حلك لمشاكلك اليومية؟
13. كيف تقيم طريقة قضائك لأوقات الفراغ؟
14. ما مدى صحة المحيط الذي تعيش فيه؟
15. كيف هي حالة النوم عندك؟
16. كيف هي قدرتك على ممارسة نشاطاتك اليومية؟
17. كيف هي قدرتك على العمل؟
18. كيف تقيم نفسك عموماً؟
19. كيف تقيم علاقاتك الشخصية؟
20. كيف تقيم حياتك الجنسية؟
21. كيف تقيم مساعدة ومساندة الآخرين لك؟
22. كيف تقيم ظروف معيشتك؟
23. كيف تقيم الخدمات الصحية في المستشفيات؟
24. كيف تقيم خدمات النقل (المواصلات)؟
25. ما هو تقييمك لحالتك النفسية؟

26. كيف هي حالة المسكن الذي تعيش فيه؟

27. كيف هو وضعك العاطفي؟

28. كيف هو مستواك المعيشي؟

29. كيف تقيم مستوى الإيمان لديك؟

وقد كانت اختيارات الإجابة: سيئة جدا - سيئة - متوسطة - جيدة - جيدة جدا.

WHOQOL- الملحق رقم 3: مقياس نوعية الحياة الذي اعتمدنا عليه في الدراسة
BREF

1. How would you rate your quality of life ?
2. How satisfied are you with your health?
3. To what extent do you feel that (physical) pain prevents you from doing what you need to do?
4. How much do you need any medical treatment to function in your daily life?
5. How much do you enjoy life?
6. To what extent do you feel your life to be meaningful?
7. How well are you able to concentrate?
8. How safe do you feel in your daily life?
9. How healthy is your physical environment?
10. Do you have enough energy for everyday life?
11. Are you able to accept your bodily appearance?
12. Have you enough money to meet your needs?
13. How available to you is the information that you need in your day-to-day life?
14. To what extent do you have the opportunity for leisure activities?
15. How well are you able to get around?
16. How satisfied are you with your sleep?
17. How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?
18. How satisfied are you with your capacity for work?
19. How satisfied are you with yourself?
20. How satisfied are you with your personal relationships?
21. How satisfied are you with your sex life?
22. How satisfied are you with the support you get from your friends?
23. How satisfied are you with the conditions of your living space?
24. How satisfied are you with your access to health services ?
25. How satisfied are you with your transport?
26. How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?

ملحق رقم 4: مقياس السلوك الصحي الذي اعتمدنا عليه في الدراسة HBQ

1. To feel in good shape ?
2. To feel like you have plenty of energy?
3. To know that your weight is right about what it should be?
4. To be able to play active games and sports without getting tired too quickly?
5. To keep your self in good health all year long?
6. Not to get sick when something like the flu is going around?
7. To be better quickly whenever you're sick?
8. To keep yourself healthy even if it takes same extra effort?
9. To know that you are in excellent health?
10. To have good health habits about eating and exercise?
11. In general, how is your health?
12. Do you have to avoid hard physical exercise or games because of your health?
13. Since the school year began, how often have you been sick enough that you had to stay home?
14. How much sleep do you usually get each night during the school week?
15. In the past six months, have you had trouble falling asleep or staying asleep at night? ?
16. How often do you brush your teeth?

الملاحق

الملحق رقم 5: جدول يوضح انتشار بعض الأمراض الوبائية في الجزائر لكل ولاية سطيف حسب المؤسسة الوطنية للصحة العمومية لسنة (2005/2004/2003)

السنة	المكان	BRU	TRA	BIL	LC	LV	HYD	MGTE	MgM	ROU	PFA	TET	TNN	COQ	DIP	HVC	HVB	HVA	DYS	TYP
2003	الجزائر	2783	1358	221	13749	131	692	6243	260	12688	56	5	2	17	7	417	1009	654	1932	1110
	سطيف	6	0	0	108	9	8	302	19	249	1	1	0	0	0	3	19	11	1	63
2004	الجزائر	3524	860	108	14822	130	573	3675	283	2667	78	7	5	68	8	421	1003	681	1485	1203
	سطيف	50	0	0	68	9	6	144	8	110	7	0	0	0	2	7	37	10	4	110
جويلية 2005	الجزائر	1150	01	0	124	8	42	382	16	73	03	0	0	0	0	45	63	18	101	96
	سطيف	2	0	0	1	0	2	9	0	6	0	0	0	0	0	1	4	4	1	0
أوت 2005	الجزائر	681	7	0	434	1	23	393	20	34	2	0	1	3	0	76	128	26	129	126
	سطيف	7	0	0	0	0	1	18	2	1	0	0	0	0	0	4	3	2	2	4
سبتمبر 2005	الجزائر	181	9	0	1557	5	41	302	20	36	2	1	1	2	0	64	116	38	104	70
	سطيف	11	0	0	9	0	0	16	0	5	0	1	0	0	0	1	4	2	4	4

- بلغ عدد سكان الجزائر سنة 2005 حوالي 33656806 نسمة

- بلغ عدد سكان ولاية سطيف 2005 حوالي 1450242 نسمة